Pour une politique de prévention en SANTÉ MENTALE à l'intention des personnes âgées

Service des programmes de santé mentale

Gouvernement du Québec
Ministère des Affaires sociales
Direction générale des programmes de santé

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier en particulier madame Thérèse D'Arche du CSSMM pour sa collaboration éclairée et soutenue. Nous avons grandement profité des remarques et réflexions de madame Huguette Plante du C.L.S.C. Centre Ville, de monsieur DeMestral de l'AQDR, de monsieur Yvon Lemay de la FADOQ, de madame Suzelle Perron, de madame Marcelle Langlois et du docteur William Slatkoff du Forum des citoyens âgés.

Aussi, nous voulons remercier monsieur Louis Blanchet, secrétaire du groupe de travail, pour sa collaboration soutenue et éclairée et son appui indispensable à la bonne marche du groupe de travail.

Enfin, madame Lise Bérard, secrétaire du service, mérite nos remerciements pour la qualité de son travail et la patience qu'elle a manifestée à reprendre le texte plusieurs fois avant d'en arriver à la version finale.

PREFACE

Le Service des programmes de Santé Mentale du ministère des Affaires sociales (SPSM) a constitué un groupe de travail sur le thème: "les personnes âgées et la santé mentale". Ce groupe a procédé à la réalisation de travaux de consultation et de réflexion en vue de soumettre des recommandations au ministre des Affaires sociales, concernant le vaste domaine de la santé mentale et des personnes âgées pour éventuellement aider à l'élaboration d'une politique de santé mentale pour les personnes âgées.

Au moment de l'achèvement de cet avis sur "les personnes âgées et la santé mentale" le groupe de travail est composé comme suit:

Arthur Amyot, M.D., Président du groupe de travail, M.A.S.
Louis Blanchet, secrétaire du groupe de travail, M.A.S.
Cécile Gagné, infirmière/gérontologue, Hôpital St-Augustin
Roland Charbonneau, M.D., interniste-gériatre, Hôpital St-Luc
Richard Doré, organisateur communautaire, C.L.S.C. Mille Iles, Laval
Bernard Gauthier, M.D., psychiatre, Hôpital du Sacré-Coeur
Evelyne Salama, PS., psychologue
Gilles Paul-Hus, M.D., psychiatre

Les travaux réalisés par le groupe de travail s'étalent sur plus d'une année et mettent en relief toute l'importance de la prévention primaire, secondaire et tertiaire en santé mentale pour les personnes âgées. Nous avons fait appel à un grand nombre de personnes et d'organismes ressources directement impliqués avec les personnes âgées. Aussi, nous avons tenu à rencontrer des représentants des associations de personnes agées, tels le Forum des citoyens âgés, la Fédération de l'Age d'Or du Québec (FADOQ), l'Association Québécoise pour la Défense des Droits des Retraités et Pré-retraités (AQDR), etc..

Nous avons consulté toute la littérature jugée pertinente ainsi que celle disponible à ce jour au ministère, à partir des travaux déjà faits, ainsi que les mémoires et rapports présentés au ministère des Affaires sociales à l'occasion de la visite des différentes régions du Québec par le ministre Lazure en 1979.

Enfin le groupe de travail a convoqué une session d'étude exceptionnelle à l'occasion des journées de gérontologie-gériatrie tenues à Montréal à la fin du mois d'octobre. Les conférenciers invités venaient de France, de Suisse et du Royaume-Uni et ils se sont prêtés à une table ronde avec quarante collègues des différents secteurs d'activités concernés, soit: d'ordre social, médical, universitaire, gouvernemental etc...

Nous espérons que les recommandations de cet avis sauront rejoindre les priorités gouvernementales et assurer une meilleure qualité de vie aux personnes âgées.

Mai 1982

ARTHUR AMYOT, M.D.

TABLE DE MATIERES

PAGE

PREFACE

1. INTRODUCTION..... 1

1.1 Mandat..... 2
1.2 Définition de la santé mentale..... 3
1.3 Enoncés de principes de base..... 5
1.4 Présentation des concepts de Prévention primaire, secondaire et tertiaire..... 5

2. PREVENTION PRIMAIRE..... 7

2.1 Définition..... 7A
2.2 Prévention primaire et santé mentale..... 8
2.3 Importance des recherches épidémiologiques..... 9
2.4 Importance de la recherche fondamentale..... 9
2.5 Coût de la prévention primaire..... 10
2.6 Identification des problèmes et leurs causes..... 12
I Revenus trop bas 13
II Insécurite 18
III Marginalisation 21
IV Etat de santé chancelant 24
V Hôpitaux, résidences et centres d'accueil submergés..... 26A

PAGE

3. PREVENTION SECONDAIRE..... 27

3.1 Définition..... 30
3.2 Prévention secondaire et santé mentale..... 31
3.3 Importance de la formation du personnel en contact avec les gens âgés..... 31
3.4 Importance des communications et de leur intégration entre les services de détection, de traitement et de réadaptation..... 32
3.5 Illustration clinique des problèmes et des causes en prévention secondaire..... 34
3.6 Identification des problèmes et de leurs causes..... 40
I Détection peu efficace ou inexistante..... 41
II Morcellement, lenteur et cloisonnement des interventions de soins..... 43
III Absence de suivi..... 50
IV Absence de coordination et de communication entre les services de détection, de soins et de réadaptation..... 52

4. PREVENTION TERTIAIRE..... 55A

4.1 Définition..... 57
4.2 Prévention tertiaire et santé mentale..... 58
4.3 Importance d'une politique de réadaptation..... 59
4.4 Prévention tertiaire..... 59
I Pression trop grande misant sur la nécessité d'entrer en institution de soins prolongés..... 60
II Manque d'humanisme dans les institutions..... 63
III Insuffisance de politique de réadaptation..... 72

PAGE

5. RECOMMANDATIONS..... 75A

6. CONCLUSION..... 87A

7. REFERENCES..... 91

8. ANNEXE I 99A
Liste des personnes et organismes contactés par le groupe de travail

ANNEXE II 101
Projet de coopératives ou mutuelles de maintien à domicile et de logements à encadrement médico-social

ABREVIATIONS

AQDR	Association Québécoise pour la défense des droits des retraités et pré-retraités
C.A.	Centre d'accueil
C.H.S.P.	Centre hospitalier de soins prolongés
C.L.S.C.	Centre local de services communautaires
CSSMM	Centre des services sociaux du Montréal métropolitain
D.S.C	Département de santé communautaire
FADOQ	Fédération de l'Age d'Or du Québec
M.A.S.	Ministère des Affaires sociales
P.V.	Pension de vieillesse
SPSM	Service des Programmes de santé mentale
S.R.G	Supplément de revenu garanti

1 - INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

1.1 Mandat, tel que formulé par le Service des Programmes de santé mentale:

"Groupe de travail dont le mandat est de mettre en commun l'examen et l'appréciation d'expériences et points de vue de personnes dont les activités s'adressent à une clientèle de personnes âgées auprès desquelles une intervention médico-psycho-sociale devient requise en vue d'améliorer leur santé mentale. Ce mandat doit se traduire par la formulation de recommandations destinées au ministre des Affaires sociales en vue de l'élaboration d'une politique globale de santé mentale pour les personnes âgées".

Extrait de la Commission présidentielle sur la santé mentale (Washington 1978) [69]

> "Les problèmes de santé mentale aux Etat-Unis ne peuvent pas être décrits en terme de maladies mentales débilitantes et de troubles psychiatriques spécifiques seulement. Ils doivent inclure les atteintes à la santé mentale causées par la pauvreté, par le chômage, par la discrimination institutionalisée qui est basée sur la race, le sexe, la classe, les handicaps mentaux et physiques. Nous ne voulons pas insinuer par là que les travailleurs en santé mentale ne peuvent résoudre en partie de tels problèmes, mais par ailleurs nous sommes fermement convaincus que les services de santé mentale sont actuellement incapables de répondre aux besoins des citoyens dans notre pays, tant que ceux qui sont impliqués dans la planification, l'organisation, et la livraison de ces services, ne reconnaîtront pas pleinement l'impact nocif que divers facteurs sociaux, environnements, physiques, psychologiques et biologiques, peuvent avoir sur la capacité des individus à fonctionner adéquatement en société, à développer un sens de leur propre valeur et à maintenir une image d'eux-mêmes forte et ayant un sens."

1.2 Définition de la santé mentale

Les cliniciens définissent souvent la santé mentale comme l'absence de maladie mentale ou encore, comme la résistance à la maladie mentale.

C'est un concept qui épouse fréquemment les valeurs dominantes d'une époque déterminée. Ainsi Ginsburg en 1955 disait: "Mes collaborateurs et moi avons retenu quelques critères simples pour définir la santé mentale: la capacité de maintenir un emploi, d'avoir une famille, d'éviter les ennuis avec la justice, et de profiter des plaisirs de la vie." (14)

Il est difficile de trouver une définition qui évite ce biais.

Une des plus célèbres est certes celle de Karl Menninger en 1947. La santé mentale "c'est l'ajustement d'un être humain au monde et aux autres humains avec un maximum d'efficacité, pas seulement la satisfaction, ni seulement la grâce de suivre les règles du jeu sans trop rechigner mais tout cela parallèlement et concomitamment, un comportement social avisé, une appréhension optimiste du futur". (14)

La santé mentale selon Aird et Amyot (1980)

> "La santé mentale est avant tout un idéal individuel, fonction des motivations conscientes et des désirs profonds, les conditions de santé mentale d'un individu pouvant être très différentes de celle de son voisin. On imagine mal, d'ailleurs, ce que serait

> une société où l'État définirait la santé mentale. Ni la structure sociale, ni l'hérédité la plus favorable ne sont des garanties de longue vie et de bonne santé mentale. Pour Freud, la santé mentale équivaut à la capacité d'aimer et de travailler; aimer, c'est-à-dire "s'aimer soi-même, aimer les autres, aimer la vie; travailler: créer, produire, donner sa mesure. Ajoutons que la santé mentale implique aussi la créativité, la tolérance, le respect des valeurs des autres et enfin la sagesse."(2)

Notre groupe propose la définition suivante de la santé mentale:

> "Capacité de profiter des plaisirs de la vie et de maintenir des liens sociaux et affectifs permettant un sentiment de valorisation."

1.3 Énoncés de principes de base

Nous considérons qu'il y a en santé mentale des critères qui nous permettent d'énoncer certains principes de base. Nous en avons formulé cinq:

1) Avoir la capacité de profiter des bienfaits de la vie.
2) Se sentir utile dans la société.
3) Maintenir des liens sociaux et affectifs de qualité.
4) Vivre avec un sentiment de sécurité (financière, physique, matérielle...)
5) Pouvoir s'adapter de façon optimale aux pertes fréquentes qui surviennent avec l'âge telles les pertes physiologiques, physiques, affectives, etc.

1.4 Présentation des concepts de Prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Suivant Caplan (1964), il y a trois niveaux d'intervention en santé mentale. Si la prévention primaire se propose de limiter l'apparition de nouveaux cas de troubles psychiques, en travaillant sur le dépistage et l'élimination des facteurs responsables soit biologiques, soit psychiques, soit sociaux de l'environnement, la prévention secondaire vise, elle, à identifier et à traiter rapidement les patients, sur le mode bio-psycho-social. La prévention tertiaire désigne l'ensemble des programmes de réadaptation et de traitement à long terme ayant pour but de réduire les déficits chroniques résiduels et leurs effets négatifs sur la réinsertion sociale (famille, travail, loisirs) du patient après la cure appropriée de sa phase aigüe.
Seront développés dans les chapitres qui suivent ces trois concepts ainsi que les recommandations du comité qui s'y rapportent.

2 - PREVENTION PRIMAIRE

2. PREVENTION PRIMAIRE

La prévention primaire

Un individu était tellement occupé à sauver des gens de la noyade, qu'il n'avait pas le temps d'aller mettre un terme aux agissements de la personne qui en amont, les poussait ainsi dans la rivière.

Hypothèses de base

Le concept de prévention primaire, tel qu'il est généralement décrit dans la littérature, repose sur deux hypothèses centrales:

1. *Un problème en puissance est infiniment plus facile à régler qu'un problème qui a eu l'occasion de se développer.*

2. *Les coûts croissants des soins de santé peuvent être réduits si on empêche les problèmes de naître.* [78]

2.1 Définition

La prévention consiste à concentrer une action sur un groupe particulier de la population (ici les personnes âgées), afin de promouvoir son développement optimal et de réduire le plus possible l'incidence d'incapacités, de maladies, et de dysfonctions mentales, physiques et émotionnelles. L'incidence c'est le nombre de nouveaux cas par unité de temps (en général, 1 an). La prévalence c'est le nombre de cas actuels.

La prévention primaire a pour but de réduire l'incidence d'une maladie ou d'un problème X dans la population. Il s'agit de toute action prouvée ou présumée efficace, intentée dans le but de prévenir les maladies, dysfonctions et incapacités. Elle se présente sous deux aspects:

1) Travail entrepris pour modifier l'environnement qui peut causer ces troubles.
   - Ex.: Assurer l'eau potable à la population pour diminuer l'incidence de la fièvre typhoïde et du choléra.
   - Ex.: Téléphoner une fois par jour aux personnes agées à domicile pour augmenter leur sentiment de sécurité et diminuer d'autant leur propension à vouloir entrer dans les résidences, centres d'accueil, C.H.S.P., etc...

2) Travail pour augmenter la résistance ou la capacité d'adaptation des individus à un agent stresseur.
   - Ex.: Vaccins, augmenter la résistance au virus. BCG, Sabin, DCT., etc...
   - Ex.: Des cours de préparation à la retraite diminuent l'impact de la crise causée par la mise à la retraite.

2.2 Prévention primaire et santé mentale

Selon Goldston (1975) la prévention primaire est probablement le concept en santé publique qui est le plus incompris et négligé. En ce qui a trait à la santé mentale, ce qui a été particulièrement négligé, c'est tout ce qui touche à l'amélioration de la qualité de vie et de la santé de la population. (47)

2.3 Importance des recherches épidémiologiques

Ces recherches aident à trouver la cause du problème étudié et ainsi, à élaborer des stratégies préventives efficaces.

Bien plus, l'histoire nous montre que bien avant que l'on trouve la cause exacte d'une maladie, les études épidémiologiques peuvent entrainer des mesures préventives efficaces même si elles sont basées sur une théorie erronée de l'agent fautif. Ainsi par exemple, on a remarqué que la malaria (paludisme) était plus fréquente chez les gens qui habitaient près des marais. La théorie alors avancée était que les vapeurs fétides des marais devaient causer la maladie. Les marais ont été à beaucoup d'endroits asséchés ou encore les gens évitaient d'habiter près de ceux-ci, ce qui s'avéra dans une certaine mesure une action préventive efficace. On sait aujourd'hui que la malaria est transmise par les moustiques et que ceux-ci pondent leurs oeufs dans les marais, d'où incidence et prévalence plus élevées de cette maladie dans les régions marécageuses.

2.4 Importance de la recherche fondamentale

La prévention primaire devient très efficace lorsque la cause d'une maladie est bien identifiée. Chez les personnes agées certaines maladies, telle que la démence sénile ou maladie d'Alzheimer, étant donné leur grande fréquence, mériteraient un effort soutenu au niveau de la recherche.

2.5 Coût de la prévention primaire

Extrait du rapport de la commission présidentielle sur la santé mentale (Washington 1978) [69]

> "Le développement et l'application de la prévention primaire dans le champ de la santé mentale est le plus grand des défis que notre époque n'a pas relevé. D'un point de vue éthique et moral une intervention primaire pourrait diminuer la souffrance liée aux troubles affectifs et diminuer l'impact négatif sur la famille et l'entourage des personnes affectées. D'un point de vue économique, les programmes de prévention primaire sont moins coûteux à long terme que les coûts directs et indirects causés par l'absence de tels programmes."

Ainsi, à titre d'exemple, Wynn (1978) a démontré que payer une nutritionniste qui va à domicile et qui enseigne aux femmes enceintes comment bien se nourrir et qui éviterait ainsi la naissance d'un seul enfant prématuré et sévèrement handicapé économiserait à l'Etat plus que le salaire de toute sa vie. (80)

En France, le 6e plan, couvrant la période de 1966 à 1970 et qui visait à donner des soins prénataux et périnataux pour les grossesses à haut risque, a permis une économie de 7 milliards de dollars pour un investissement de 900 000 000$. (22)

Au Québec le programme pour le dépistage de 20 maladies métaboliques à la naissance coûte 2,50$ par enfant, alors que le traitement d'un enfant avec la maladie de Tay Sachs coûtait en 1973 environ 20 000$ par an (22) (maladie de Tay Sachs, dégénération de la matière grise .

Il est donc probable que des programmes de prévention primaire visant l'amélioration de la santé mentale des personnes âgées entraîneraient à moyen et long terme des économies pour l'Etat. Ce dernier, s'il jette un coup d'oeil sur les projections de journées-lit occupées par les personnes âgées (22) a avantage à élaborer des stratégies préventives à long terme s'il veut améliorer la qualité de vie d'un grand nombre de personnes âgées et ne pas voir une partie très importante de son budget grevé pour plusieurs décennies à venir.

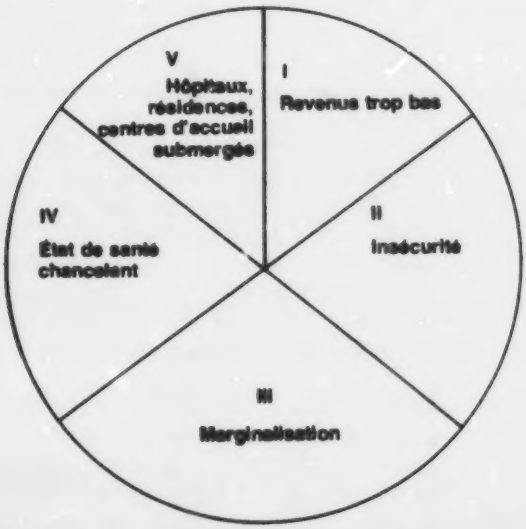
Dans cette perspective, nous partageons tout à fait la position de monsieur Claude Sicotte du Service Evaluation-santé, ministère des Affaires sociales, qui écrivait en septembre 1981 (75):

> "Le plan quinquennal d'immobilisation des CAH prévoit, sur la base de la norme de 6 places par 100 personnes de 65 ans et plus la construction de 7 227 lits pour 1983-86. Cependant, il pourrait être possible d'accepter un objectif de 4,9 places par 100 personnes de 65 ans et plus par district de DSC, si les masses monétaires requises pour l'implantation et le fonctionnement des ressources alternatives étaient disponibles...
> En regard de la norme de 6%, on pourrait ainsi éviter la construction de 4 929 places en les prenant à même les 11 812 places en CAH qui sont occupées par une clientèle requérant de bas niveaux de ressources et qui pourrait être prise en charge en milieux autres que CAH et CHSP. Une telle démarche représente une économie en coût de construction de 151 689 975$ (exprimé en dollars 1981-82).
>
> Donc si nous demeurons avec la situation actuelle sans apporter de modifications structurelles, il faut s'attendre à devoir verser un montant supplémentaire de l'ordre de 82 831 568$ annuellement pour pouvoir répondre aux besoins identifiés."

2.6 Identification des problèmes et leurs causes.

Nous avons identifié les problèmes et leurs causes en rencontrant différents groupes représentatifs des personnes âgées, tels que l'Association Québécoise pour la Défense des Droits des Retraités et Pré-retraités (AQDR), la Fédération de l'Age d'Or du Québec (FADOQ), le Forum des citoyens âgés, en étudiant les divers documents pertinents et en réfléchissant sur les différents types d'interventions qui se font présentement auprès des personnes âgées.

5 vecteurs: d'identification des problèmes



I Revenus trop bas:

a) Situation générale: Le Québec compte plus de 550 000 personnes âgées; 338 000, soit 62% d'entre elles, vivent en dessous ou autour du seuil de pauvreté (tel qu'établi par une commission du Sénat canadien).

On note que 82% de cette population pauvre sont des femmes. La situation des femmes âgées et vivant seules est particulièrement catastrophique à cet égard.

125 000 personnes âgées reçoivent le maximum des prestations du supplément de revenu garanti (S.R.G.). 213 000 en reçoivent une partie.

Entre 1970 et 1980, alors que les revenus des ménages ont augmenté de 189%, ceux des 65 ans et plus n'ont augmenté que de 85%.

TABLEAU DES PENSIONS FEDERALES COMPARE AU SEUIL DE PAUVRETE

(au 1er juillet 1980)

	P.V.* ± S.R.G.**	SEUIL DE PAUVRETE	ECART EN %
Personne seule	383.81	447.38	- 14.32%
Couple (les deux ont 65 ans et plus)	678.70	745.63	- 8.98%
Couple (dont l'un à 65 ans et plus et l'autre moins de 60 ans	383.31	745.63	- 49%
Couple (un à 65 ans et l'autre a entre 60 et 65 ans)	678.70	745.63	- 8.98%

* Pension de vieillesse.
**Supplément de revenu garanti.

b) Les régimes de retraite:

-Régime des rentes du Québec:
Ce régime existe depuis 1966. Il est obligatoire pour tous les travailleurs. Une majorité, 56% ne pouvait en bénéficier en mars 1980 faute d'avoir cotisé au régime.
Le montant mensuel moyen pour les nouveaux retraités est de: 169,69$ (mars 1980).
Le fait de toucher une rente de retraite du Régime des rentes du Québec peut entraîner pour un pensionné la diminution et même la suppression de son supplément de revenu garanti (S.R.G.).
La femme au foyer est exlue de ce régime. Pour qu'elle puisse toucher le Régime des rentes du Québec il lui faut devenir veuve.

-Régimes collectifs supplémentaires de rentes privées:
En 1977, 49% des travailleurs salariés cotisent à de tels régimes.
Environ 36% des femmes qui occupent un emploi y participent.
Les employés du secteur privé sont sous-représentés: en 1975, ils constituaient 54.4% des cotisants, alors qu'ils formaient 77.9% de la main-d'oeuvre. De leur côté, les employés du secteur public regroupaient 46.5% de l'ensemble des cotisants tout en constituant 22.1% de la population active.
En moyenne, les retraités reçoivent une rente privée équivalente à environ 28% de leur salaire antérieur.
Les fonds de pension privés ne sont donc pas un gage de sécurité pour les travailleurs qui aspirent à une retraite à l'abri des problèmes financiers.

Il faut considérer aussi que:

- Les régimes privés ne sont généralement pas transférables

d'une entreprise à l'autre. L'employé qui quitte doit renoncer à la part qu'aurait mis normalement l'employeur dans la caisse, sauf s'il a atteint 45 ans d'âge et 10 ans d'expérience au même endroit, puisqu'il a alors droit à une rente différée.

- Les travailleurs manquent d'information sur leur caisse et son taux de rendement.

- La majorité des régimes ne prévoient aucune rente au conjoint en cas de décès.

- La majorité des régimes ne sont pas indexés au coût de la vie, si bien que l'inflation a tôt fait de faire fondre au soleil les bénéfices que les travailleurs auraient pu en retirer.

Cette situation financière déficiente a évidemment des effets sur la qualité du logement des personnes âgées. La majeure partie d'entre'elles doit affecter une part de plus en plus grande de son revenu au coût du loyer.

On ne s'étonne pas alors que 40% de la population âgée de Montréal vit dans les secteurs les plus défavorisés.

Recommandations du comité:

I Au sujet des revenus trop bas:

1. Augmenter substantiellement les revenus de retraite de base en ayant comme objectif un revenu minimum se situant à 15% au-dessus du seuil de pauvreté, seuil établi et réajusté annuellement par une commission indépendante.

2. Eviter la prolifération de programmes spéciaux pour les personnes âgées qui entretiennent leur dépendance et leur marginalisation. Nous croyons préférable de fournir aux personnes âgées des revenus supérieurs qui leur permettraient, comme tout autre citoyen, de se payer ce dont ils ont besoin.

3. Accorder l'éligibilité à la pension de sécurité de la vieillesse et au supplément de revenu garanti (S.R.G.) à toutes les personnes seules dans le besoin, à partir de 60 ans.

4. Déterminer un mécanisme de contribution au régime des rentes du Québec pour les femmes demeurant à la maison.

5. Instaurer des régimes privés de pension obligatoires et universels, uniformisés et transférables d'un employeur à l'autre et contenant des clauses d'indexation.

6. Mettre au point des mécanismes permettant aux femmes de continuer à cotiser même si elles quittent temporairement leur emploi.

7. Réévaluer globalement le Régime des rentes du Québec ainsi que tous les régimes de pension publics et privés, afin d'assurer à toutes les personnes âgées une vie de retraite décente.

8. Augmenter le nombre de logements sociaux au Québec sans se limiter à la seule formule HLM (qu'on souhaiterait plus décentralisée dans les quartiers et plus ouverte au milieu).

9. Favoriser les formules coopératives d'habitation et les sociétés sans but lucratif. (voir annexe II)

10. Elargir le programme Logirentes afin d'inclure tous ceux qui consacrent plus de 25% de leurs revenus à leurs dépenses de logement dans le cadre des normes établies.

11. Mettre sur pied des programmes de rénovation domiciliaire, afin d'aider les petits propriétaires retraités dans le besoin, pour leur permettre de garder des conditions de logement décentes à un prix raisonnable.

II Insécurité:

Chez les personnes âgées, le sentiment de sécurité est central comme facteur influençant leur volonté ou non de demeurer à domicile. Les personnes âgées craignent si leur autonomie diminue, de ne pas avoir les services et soins requis si elles demeurent à domicile. Elles craignent de perdre leur logement. Elles ont peur du feu, des agressions, du vol. Toutes ces craintes augmentent les demandes d'entrée dans les résidences, HLM, centres d'accueil...

Le Québec commence à se donner un système de maintien à domicile plus cohérent et nous encourageons tous les efforts qu'il déploie actuellement en ce sens.

Mais nous sommes encore loin de combler les besoins en ce domaine: environ 1% des personnes âgées au Québec, serait desservi par des services de maintien à domicile, alors que l'on s'entend généralement pour dire que près de 10% en auraient besoin.

En outre, le plus souvent, ces services ne sont accessibles que cinq (5) jours par semaine, du lundi au vendredi de 9h00 à 5h00.

Le réseau des C.L.S.C., dispensateur principal des ces services, n'est pas complété. Ces services sont donc très inégaux d'une région à l'autre ou d'un quartier à l'autre.

L'hébergement des parents par les enfants n'est pas encouragé actuellement par des formes d'aide concrète.

Les groupes de bénévoles ne sont pas encore suffisamment aidés et quand ils le sont, restent dépendants année par année, des maigres subventions qu'on leur verse.

Finalement, les personnes âgées sont généralement mal informées sur leurs droits, les ressources gouvernementales et autres, dont ils pourraient se prévaloir. Les formulaires et les démarches à faire sont souvent compliqués, en rebutent un bon nombre et accroissent leur sentiment d'insécurité.

Recommandations du comité:

II Au sujet de l'insécurité:

12. Développer davantage les services de soins et d'aide à domicile en visant notamment les points suivants:

a) Compléter le réseau des C.L.S.C. pour couvrir l'ensemble du territoire du Québec.
b) Augmenter les subventions pour les groupes de bénévoles.
c) Augmenter le nombre de centres de jour.
d) Développer les systèmes du coup de téléphone tous les matins ou toute autre expérience simple augmentant le sentiment de sécurité des personnes isolées (détecteur de fumée en liaison avec poste de pompiers ou d'un répondant).
e) Mettre sur pied des centres "day care", hébergement temporaire de dépannage, centres de soins de fins de semaine.
f) Faire en sorte que les services de maintien à domicile soient disponibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine, lesquels devraient comprendre:
   1. Téléphone 24 heures par jour.
   2. Repas à domicile.
   3. Aide ménagère à domicile.
   4. Service de transport à domicile.
   5. Visite d'infirmières à domicile.

6. Visite de médecins à domicile.
7. Evaluation médicale, dépistage, prélèvements sanguins, etc. à domicile.
8. Centre de jour.
9. Physiothérapie.

13. Développer des programmes d'aide concrète pour les familles désireuses d'héberger leurs parents âgés par des crédits d'impôts ou des subventions comme on le fait pour des familles d'accueil.

14. Procurer une assistance aux personnes âgées dans la défense de leurs droits et dans leurs démarches avec les institutions et organismes publics et privés.

15. Favoriser l'établissement de baux à long terme (3-5ans) entre propriétaires et personnes âgées locataires.

III Marginalisation:

Dans nos sociétés, l'avance en âge n'est plus valorisée. La mise à la retraite vient le plus souvent sonner le glas de la valorisation de soi. L'individu perd son rôle social de production. Il n'existe plus en tant qu'acteur social. Le seul sens social qui lui reste est l'allocation qui lui est versée par la fraction active de la société.

Le plus souvent, la retraite n'a pas été préparée.

Les relations sociales s'amenuisent, les revenus diminuent brusquement.

Même si la retraite a toujours été revendiquée comme droit au repos, elle est vécue comme l'envers du travail: dans une logique de rentabilité, le temps libre est, comme dit la sociologue Anne-Marie Guillemard, "un temps vide, une situation incertaine dénuée de définition propre".

D'où, sentiment d'inutilité généralisé. Perte d'estime de soi, désinvestissement, dépression.

Très peu de choses existent dans le milieu pour suppléer à l'absence des milieux de travail et pour redonner un rôle social, un sens à la vie des retraités.

Ces derniers sont marginalisés. Avec la disparition de la famille élargie, les parents vivent d'un côté, les enfants de l'autre, on se retrouve entre "vieux".

L'insécurité et la maladie aidant, les personnes âgées se retrouvent dans les ghettos, résidences, C.A., C.H.S.P., coupées du tissu social, loin des milieux d'appartenance où le plus souvent, les

pratiques de vie infantilisent et marginalisent les personnes âgées.

Il importe donc, selon nous, qu'une véritable politique de maintien à domicile tienne compte de cet état de fait et qu'on songe maintenant à des projets novateurs visant à améliorer le milieu de vie des retraités et à leur redonner un rôle utile et valorisant dans la société.

Recommandations du comité:

III Au sujet de la marginalisation:

16. Généraliser en collaboration avec le ministère de l'éducation, les programmes de préparation à la retraite.

17. Mettre sur pied des programmes de préparation à la retraite à l'intérieur même des entreprises et voir à ce que ceux-ci rejoignent les travailleurs dès la quarantaine.

18. Abolir l'obligation de la mise à la retraite (projet de loi en cours).

19. Entreprendre des programmes afin de faciliter la mise à la retraite progressive et l'aménagement de postes de travail en fonction du vieillissement.

20. Viser le recyclage des travailleurs lorsqu'il y a changements technologiques dans les entreprises.

21. Initier des programmes spéciaux visant à augmenter les potentialités créatives des individus qui travaillent dans des secteurs où ils ne peuvent le faire (travaux morcelés, répétitifs).

22. Généraliser l'implantation de centres de jour dans les quartiers et en laisser la gestion aux personnes âgées.

23. Initier des programmes de dépistage des personnes âgées isolées socialement et développer des programmes d'intégration sociale pour celles-ci (centre de jour, programmes de parrainage jeunes - personnes âgées, etc...).

24. Eviter la création de ghettos coupés du tissu social, genre résidences de grande capacité éloignées des milieux de vie.

25. Favoriser la coexistence des personnes âgées avec des familles plus jeunes dans les habitations à loyer modique.

26. Faciliter l'accès à des activités de groupe en fournissant des locaux confortables, ouverts de façon permanente, bien équipés et dotés de moyens de transport adaptés.

27. Favoriser les recherches sur l'intégration sociales des personnes âgées.

28. Analyser les réseaux de support pour les personnes âgées, présents dans la communauté; une meilleure connaissance de ceux-ci améliorerait les modes d'intervention.

29. Explorer les possibilités d'utilisation des services de télévision interactive (Télidon).

30. Insérer dans la Charte des droits et libertés de la personne l'interdiction de toute discrimination fondée sur l'âge.

IV Etat de santé chancelant:

Notre examen de l'état général de santé de la population âgée nous incite à juger que des efforts considérables au niveau de la prévention et de l'éducation restent encore à faire.

Qu'on en juge par ces quelques constatations:

- Les personnes âgées qui représentent environ 8% de la population québécoise, recoivent 25% des ordonnances, dont 50% pour des tranquilisants mineurs. Une moyenne de 20 prescriptions est émise pour chacune d'elles.
  Le surconsommation est induite en partie par le sentiment d'inutilité et d'ennui.

- L'incidence (nombre de nouveaux cas par année) de la maladie mentale chez les 65 ans et plus est de l'ordre de 236 personnes sur 100,000 alors que le nombre tombe à 93 pour les 35-54 ans.
  Plus de 50% des maladies mentales des personnes âgées sont des dépressions.
  La prévalence (nombre de cas actuels) de la dépression chez les personnes âgées est d'environ 10%.
  Cette prévalence augmente à 15-30% dans les résidences et centres d'accueil.

- On trouve 25% de tous les suicides chez les 65 ans et plus, alors qu'ils représentent 8% de la population (les suicides sont plus fréquents chez les veufs/ves) surtout dans les deux (2) années qui suivent le décès du conjoint).

- *Proportionnellement, les personnes âgées coûtent cinq fois plus à l'Etat que les moins de 65 ans en frais d'hospitalisation.*

- *S'il n'existe pas de tables de mortalité par catégorie socio-professionnelle pour le Québec, des données françaises et, récemment, un rapport du Conseil canadien de développement social, démontrent un écart de 6 à 7 ans entre l'espérance de vie des manoeuvres et celle des cadres.*

- *De façon générale, le personnel médical (médecins, infirmières) est mal préparé face aux maladies et problèmes des personnes âgées.*

- *Il existe encore trop peu de programmes de prévention et d'éducation (alimentaire, médication, activité physique, etc...) et de dépistage pour les personnes âgées.*

Recommandations du comité:

IV Au sujet de l'état de santé chancelant:

31. Que l'on fasse des études épidémiologiques sur le vieillissement prématuré.

32. Elaborer des stratégies préventives pour les groupes ou individus à haut risque:

-personnes âgées qui ont déjà fait des dépressions dans le passé;
-personnes âgées qui subissent plusieurs pertes importantes coup sur coup;
-personnes âgées isolées socialement;
-personnes âgées souffrant de douleurs chroniques.

33. Mettre sur pied des programmes de dépistage de certaines déficiences ou maladies à l'entrée à la retraite ou à des âges définis (exemple: déficience en acide folique et B^{12}).

34. Augmenter substantiellement la recherche sur les maladies les plus fréquentes chez les personnes âgées, arthrite, dépression, maladie d' Alzheimer, etc..

35. Inciter des campagnes importantes de promotion de l'activité physique chez les personnes âgées et d'éducation pour améliorer leur alimentation.

36. Elaborer des programmes à divers niveaux pour diminuer la consommation des médicaments chez les personnes âgées.

37. Améliorer la formation des intervenants médicaux de façon à développer de nouveaux modes d'approche-santé auprès des personnes âgées.

V *Hôpitaux, résidences et centres d'accueil submergés:*

Selon ce qui est vécu un peu partout à travers la province dans les résidences, les hôpitaux, les C.A., les C.H.S.P., etc., ceux-ci sont débordés par la demande toujours grandissante des personnes âgées et de leurs familles pour un milieu ultra sécurisant, dès qu'il commence à y avoir perte d'autonomie.

Les délais d'attente pour entrer dans les résidences sont souvent de plusieurs années et les gens font leur demande de plus en plus jeunes.

La plupart des hôpitaux se plaignent du fait que les lits actifs sont bloqués par des patients âgés, ce qui retarde indûment l'hospitalisation par exemple, de cas de cancer qui devraient être opérés.

Toutes ces demandes d'entrée originent en grande partie des problèmes que nous avons précédemment décrits, dont en particulier l'insécurité.

Recommandation du comité:

V Au sujet des hôpitaux, résidences, centres d'accueil submergés:

38. Diminuer l'input dans les établissements du réseau par la mise en application des recommandations 1 à 30.

39. Favoriser le désengorgement de ces établissements par l'application de programmes de "tamisage" et de "soins rapides" aux urgences, couplée d'un support adéquat pour encourager le maintien à domicile.

3 - PREVENTION SECONDAIRE

3. PREVENTION SECONDAIRE

La prévention secondaire

> Mieux vaux traiter tard que jamais.
> Mais il est encore mieux de
> traiter tôt que tard.

Hypothèses de base

Le concept de prévention secondaire repose sur deux hypothèses:

1. Un problème d'ordre bio-psycho-social lorsqu'il est détecté et traité de façon précoce causera moins de préjudices à la personne qui en est affectée ainsi qu'à son entourage.
2. Les coûts croissants des soins de santé peuvent être réduits si une maladie est détectée et traitée précocement.

La vignette clinique suivante nous permet de mieux illustrer ces deux hypothèses:

> Une dame agée de 69 ans, habite dans un foyer pour vieillards. Depuis quelques temps, elle se plaint de fatique généralisée, d'humeur dépressive, de douleurs vagues, surtout localisée à la tête. Ses enfants, les infirmières du foyer, ainsi que le médecin qui la suit, temporisent en mettant tous ces symptômes sur le compte de la vieillesse, de l'ennui, ou encore de

l'arthrite. Un mois plus tard, cette dame devient subitement aveugle et une artérite temporale est alors disgnostiquée. Les préjudices encourus par cette dame sont incalculables, ainsi que pour sa famille. Elle devra être relocalisée dans un centre pour aveugles qui coûtera très cher à l'Etat, alors qu'une détection précoce et un traitement précoce à la cortisone auraient évité cette issue déplorable.

3.1 Définition

La prévention secondaire consiste à détecter de façon précoce les problèmes bio-psycho-sociaux et à intervenir promptement pour les régler, afin d'éviter les séquelles et de maintenir au maximum l'autonomie des individus.

La prévention secondaire a pour but de diminuer la morbidité secondaire à problème d'ordre bio-psycho-social en intervenant le plus tôt possible.

Ex. Détecter précocement l'isolement social d'une personne agée qui vient de perdre son conjoint et intervenir rapidement pour la sortir de cette situation. Cette intervention précoce permettra d'éviter l'apparition d'une dépression, d'un délire de persécution, lesquels pourraient nécessiter une longue hospitalisation et le placement éventuel dans un C.A., C.H.S.P., foyer public ou privé.

3.2 Prévention secondaire et santé mentale

Chez les personnes âgées, la dépression, les états paranoïdes, les délirium, sont des problèmes fréquents et ceux-ci entraînent souvent une diminution de l'autonomie de ces personnes. Cette perte d'autonomie s'accentue tant et aussi longtemps qu'on n'intervient pas.

Si l'intervention tarde, dans plusieurs cas la perte d'autonomie sera tellement grande que le recours aux institutions genre C.A., C.H.S.P., sera inévitable. Dans d'autre cas, la perte d'autonomie portera la famille ou l'entourage à faire des pressions énormes pour que leur parent entre dans de telles institutions.

Enfin, de façon générale, plus une maladie mentale est détectée tard et plus l'hospitalisation ou l'intervention d'aide devra être longue.

DANS TOUS LES CAS, UNE DETECTION ET UNE INTERVENTION TARDIVE ENTRAINENT DES COUTS ADDITIONNELS POUR L'ETAT.

3.3 Importance de la formation du personnel en contact avec les gens âgés.

Pour entreprendre une prévention secondaire efficace, il faut qu'il y ait détection précoce. Pour celà, il est nécessaire que les personnes ayant des contacts avec les gens âgés aient une bonne connaissance des problèmes les plus fréquents dans ce groupe d'âge. Ainsi, en reprenant notre vignette clinique développée en 3, (cas d'artérite temporale)

...si la famille et les intervenants au niveau du foyer avaient su que l'artérite temporale est une maladie relativement plus fréquente chez les gens âgés et que celle-ci donne des symptomes similaires à la dépression, ils auraient pu intervenir précocement sachant qu'un traitement à la cortisone est très efficace dans cette maladie. Ainsi, une prévention secondaire efficace aurait prévenu l'irréversibilité des séquelles installées.

Bien que cet exemple soit relativement rare, le même principe s'applique dans les cas plus fréquents de fragilités de la hanche, hypothyroïdie, etc...

3.4 Importance des communications et de leur intégration entre des services de détection, de traitement et de réadaptation.

Même lorsqu'un problème est détecté précocement, les communications entre les personnes qui détectent (ex. infirmières, les travailleurs sociaux à domicile, etc.) et ceux qui traitent (équipe de soins) sont souvent si mauvaises où même inexistantes qu'il y a beaucoup de temps perdu entre le moment de la détection et le moment de l'intervention, et que dans beaucoup de cas la détection précoce demeure sans lendemain. Il est donc nécessaire de disposer d'un système efficace pour la transmission de l'information entre les groupes de détection et ceux de soins.

De même, après qu'une personne ait reçu des soins, il arrive souvent qu'elle retourne à la maison sans le support que nécessite son état, parce que l'équipe de soutien (de maintien à domicile), n'est pas informée du retour de la personne à son domicile ou n'intervient que longtemps après ce retour. Il est donc tout aussi nécessaire de maintenir une transmission efficace de l'information entre les services de soins et les services de maintien à domicile.

Il apparaît indispensable d'assurer un "feedback" sur l'ensemble des interventions au triple niveau de la détection, du traitement et de la réadaptation.

3.5 *Illustration clinique des problèmes et des causes en prévention secondaire.*

La vignette clinique suivante permet d'illustrer les problèmes rencontrés en prévention secondaire et qui seront développés plus loin.

Ex.: Un homme agé de 74 ans, vit seul à Montréal dans un deux pièces d'un bloc appartement. Depuis que sa femme est décédée, il y a six mois, il ne sort pour ainsi dire jamais de chez lui et s'ennuie beaucoup.

Il a déjà fait des dépressions dans le passé et est particulièrement sensible aux pertes. Une voisine remarquant qu'il ne ramassait plus son courrier s'est inquiétée et est entrée chez lui avec l'aide du concierge. Ils trouvent cet homme couché sur son lit, très pâle, qui semble confus et mal en point.

Amené à l'urgence d'un hôpital voisin, il attend longtemps sur une civière avant d'être vu par un omnipraticien. On diagnostique alors une déshydratation et une anémie. Une consultation est demandée en hématologie pour préciser la cause de l'anémie. Il reste à l'urgence plusieurs jours sur une civière avec peu d'aide. Après avoir eu un repas baryté, une hernie hiatale est découverte. On apprendra quatre jours plus tard, lorsque son fils est enfin rejoint, que cette hernie avait été diagnostiquée cinq ans plus tôt dans un autre hôpital.

L'anémie semble secondaire à un saignement interne chronique dû à l'hernie hiatale. Une prescription de sulfate ferreux lui est donnée. Le patient reprend de la vigueur et c'est alors que le personnel infirmier remarque des propos dépressifs chez ce patient, du genre "depuis que ma femme est morte, je pense qu'à la rejoindre".

Le personnel de soir en parle à l'interne de garde qui prescrit un antidépresseur. Le fils de son côté, inquiet, pensant que son père ne pourra retourner chez lui et se débrouiller seul, demande à ce qu'il soit placé dans un centre d'accueil ou un foyer pour personnes âgées. Une demande au service social est faite, lequel fait remplir plusieurs formulaires par l'ommipraticien et le fils, et signifie à celui-ci que le dossier sera étudié, mais qu'aucune réponse ne pourra être donnée avant quelques mois.

Après six jours couché sur une civière à l'urgence, il recoit son congé, car on a besoin de place et il se porte nettement mieux depuis une journée. Une prescription de sulfate ferreux et d'antidépresseur lui est faite par le nouvel interne de garde qui lui conseille de rejoindre son médecin de famille, s'il en sent le besoin.

La semaine suivante, sa voisine le retrouve mort. A l'autopsie on révèle qu'il a ingurgité l'ensemble des médicaments prescrits.

Cette vignette clinique illustre une séquence d'évènements qui est assez fréquente dans notre système de santé actuel. Elle reflète aussi les lacunes au niveau de la prévention secondaire et met en relief les quatre vecteurs:

1- Détection peu efficace ou inexistante.

Cet homme agé fait partie d'un groupe d'individus à risques. Récemment veuf, il vit seul,

sa famille est éloignée et il a déjà fait des dépressions dans le passé. Un système de téléphone une fois par jour pour s'enquérir de son état aurait pu détecter à peu de frais la détérioration de son état à un stade beaucoup plus précoce.

2- Morcellement, lenteur et cloisonnement des interventions de soins.

Dès qu'il arrive à l'urgence, cet homme, est l'objet d'interventions morcelées, d'un côté l'omnipraticien, de l'autre un consultant en hématologie, deux internes de garde et le service social. Ce genre d'intervention est monnaie courante dans notre système actuel. Or, les problèmes des personnes âgées sont généralement multipliés et interreliés; intervenir à la pièce chacun dans sa spécialité peut résulter en une catastrophe, comme c'est le cas ici. Une intervention de soins coordonnés, ayant un répondant unique qui centraliserait l'information et établirait le plan de soins à court et moyen terme en attendant de passer la responsabilité à une équipe de maintien à domicile, serait souhaitable.

3- L'absence de suivi.

Cet homme reçoit son congé de l'urgence parce qu'il va relativement mieux et que l'on a besoin de place

à l'urgence. Il reçoit une prescription de l'interne de garde qui ne fait que réinscrire la médication instituée à l'urgence. On ne se soucie pas de transmettre les informations pertinentes ainsi que la responsabilité de l'intervention de soins à une équipe de maintien à domicile. Le refrain classique que l'on entend dans toutes les urgences est répété ici une fois de plus "Rejoignez votre médecin de famille si vous en sentez le besoin". Une personne jeune peut entendre et mettre en pratique ce message, mais il est tout à fait illusoire de croire qu'une personne âgée en perte d'autonomie en fasse autant. Pour éviter l'effort supplémentaire qu'exigerait ce cas, on feint d'ignorer l'évidence.

Cette façon de procéder avec les personnes âgées en perte d'autonomie qui consultent aux urgences et aux services de soins actifs est très généralisée, en particulier parce que les services de soins à domicile sont très inégaux d'une région à l'autre et aussi parce que chaque service fonctionne par tradition de façon cloisonnée. Des modifications importantes sont nécessaires à ce niveau pour assurer un suivi dans les soins aux personnes âgées.

4- Absence de coordination et de communication entre les services de détection, d'intervention de soins et de réadaptation.

Il est évident dans ce cas qu'il y a une absence de coordination et de transmission de l'information

entre l'équipe de soins qui traite de façon ponctuelle le patient à l'urgence pendant six jours et l'équipe de maintien à domicile qui n'est dans ce cas-ci, même pas contactée. Cette façon de fonctionner, de ne pas transférer l'information pertinente entre équipe de détection, de soins et de maintien à domicile est la règle plutôt que l'exception. Ceci est très préjudiciable aux personnes âgées qui sont souvent obligées elles mêmes de faire ce transfert de l'information avec toutes les limitations que cela implique.

Ainsi, que de fois entend t'on: "Le médecin de Télémédic m'a demandé de me présenter à l'urgence pour passer un électrocardiogramme au cas où mon mal serait un infarctus". "L'infirmière du D.S.C. m'a dit d'aller à l'urgence parce que cela ressemble à une infection urinaire". "Mon travailleur social m'a dit d'aller à l'urgence parce que ça sera plus facile de me trouver une place en foyer si je suis hospitalisé". Voilà pour ce qui est de l'information entre service de détection et service de soins. Quant à celle entre service de soins et de réadaptation en entend: "A l'urgence, ils m'ont donné cet antibiotique, ça fait un mois que je le prend, je ne sais pas pourquoi ils me l'ont donné". "A l'urgence ils ont trouvé que ma thyroïde fonctionnait mal et ils m'ont dit de me faire voir par mon médecin de famille si cela allait pas bien, cela fait quatre mois".

DES SOINS ADEQUATS POUR LES PERSONNES AGEES NE POURRONT ETRE ENVISAGES QU'A LA CONDITION QUE DES MECANISMES EFFICACES DE TRANSMISSION DE L'INFORMATION ET DE LA RESPONSABILITE DU PLAN DE SOINS SOIENT MIS SUR PIED.

5- De façon moins évidente on remarque aussi le peu de respect humain qui entoure les soins de cette personne à l'urgence: Il reste sur une civière plusieurs jours dans une urgence, alors qu'il a 74 ans et beaucoup moins de résistance qu'un jeune homme.

6- La perte d'une information importante: l'hernie hiatale avait été diagnostiquée cinq ans plutôt dans un autre hôpital. La transmission de cette information lui aurait évité de passer un nouveau repas baryté, examen qui n'est pas particulièrement agréable à passer et (économique).

7- L'inquiétude du fils est aggravée par le système mis en place. Le morcellement de l'intervention en cours, le manque de suivi augmentent son manque de confiance dans un maintien à domicile possible. Cette inquiétude le pousse à faire des pressions pour que son père entre en foyer.

Ce manque de confiance qu'a l'entourage des personnes âgées (en particulier la famille proche) envers les services de maintien à domicile est un des facteurs qui exacerbe et entretient la pression du public pour faire entrer les personnes âgées dans les centres d'accueil, C.H.S.P., foyers, etc.

3.6 Identification des problèmes et de leurs causes.

Les problèmes identifiés en prévention secondaire ont été rassemblés sous 4 thèmes, soit:

- Détection peu efficace ou inexistante;
- morcellement, lenteur et cloisonnement des interventions de soins;
- absence de suivi;
- absence de coordination et de communication entre les services de détection, d'intervention et de réadaptation.

I Détection peu efficace ou inexistante

Pour faire une détection prompte et efficace, il faut plusieurs pré-requis:

1- Que les ressources qui ont des contacts fréquents avec les personnes âgées aient une formation suffisante pour reconnaître les problèmes lorsqu'ils se présentent (infirmières à domicile, travailleurs sociaux, etc.)

2- Que les personnes qui font partie de groupe à risque soient sous une certaine forme de "surveillance" à intervalles réguliers (personnes isolées socialement, veuf ou veuve de date récente, ceux qui ont fait des dépressions dans le passé...).

3- Que les communications entre les services de détection et les services de soins soient efficaces et qu'il y ait transmission de l'information et des responsabilités d'un service à l'autre par un système fiable.

En ce moment, la formation des personnes qui ont des contacts fréquents avec les personnes âgées est généralement insuffisante. Les personnes âgées qui font partie de groupe à risque ne font pas l'objet d'une surveillance préventive qu'il devraient avoir. La transmission de l'information et de responsabilités entre les services de détection et ceux de soins est quasi inexistante.

Les communications étant inefficaces et non coordonnées, l'information passe fort mal. Souvent l'infirmière du D.S.C. demande, par exemple, à la famille d'amener son parent âgé à l'urgence. Les gens de l'urgence reçoivent alors une personne âgée accompagnée d'un parent qui dira: "l'infirmière nous a conseillé de l'amener à l'urgence, on vous l'a donc amenée, mais on ne sait pas trop pourquoi, on pensait qu'elle communiquerait avec vous". Le personnel de l'urgence doit souvent recommencer à zéro toute une investigation qui aurait pu être évitée. Cette façon de procéder étant régulière et généralisée, des correctifs sont absolument nécessaires pour le bien-être des personnes âgées et pour réduire les coûts de santé.

Recommandations du comité:

I Au sujet de la détection tardive et peu efficace des problèmes:

40. Augmenter la formation en gériatrie et en gérontopsychiatrie de toutes les personnes qui travaillent auprès de personnes âgées.

41. S'assurer que des études épidémiologiques en vue de dépister précocement les personnes âgées présentant des problèmes d'ordre bio-psycho-social, soient réalisées prioritairement par les D.S.C. en vue de les référer aux ressources appropriées.

42. S'assurer que les D.S.C. identifient les personnes âgées faisant partie de groupe à risque et entreprennent des programmes de surveillance préventive de ces personnes, à intervalles réguliers.

43. Mettre sur pied un système de transmission des informations et de la responsabilité des patients entre les services de détection et de soins actifs. A titre d'exemple, entre les services du troisième âge d'un D.S.C. et de l'urgence.

TT Morcellement, lenteur et cloisonnement des interventions de soins.

Les personnes âgées, qu'elles soient à domicile, dans une salle d'urgence ou encore dans un département de soins actifs d'un hôpital, sont très souvent l'objet d'interventions morcelées disparates et non coordonnées de plusieurs services.

Ainsi, par exemple, une personne âgée souffrant d'insuffisance cardiaque et d'arthrite rhumatoïde verra un cardiologue deux fois par année, un rhumatologue 1 fois par année, verra un omnipraticien pour les rhumes, grippes, etc., téléphonera à Télémédic lors de crises d'angine, risque de passer les mêmes examens chez ces différents intervenants et de recevoir des médicaments qui, donnés concomittamment, peuvent s'avérer dangereux; une travailleuse sociale peut la pousser à sortir marcher souvent, alors que l'infirmière peut au contraire lui conseiller de ne pas trop sortir surtout l'hiver à cause de son angine.

Cette constatation est vraie pour des individus jeunes, mais elle devient plus évidente chez les personnes âgées, car le nombre de problèmes bio-psycho-sociaux et d'intervenants augmente chez les personnes âgées. (Il y a une moyenne de 7 maladies et de 20 prescriptions par personne âgée).

Devant cet état de état de choses, UN CARNET DE SANTE bio-psycho-social pour les personnes âgées pourrait être un instrument de coordination et de centralisation de l'information, utile et efficace. Il serait bien aussi, d'encourager les personnes âgées à se faire suivre régulièrement par le même médecin omnipraticien et d'éviter d'en changer sans motif valable.

Le morcellement de l'intervention de soins médicaux se situe à trois niveaux:

- le premier est au niveau du médecin de 1ère ligne, chez qui on peut noter une formation incomplète sur les problèmes de gériatrie. De ce fait l'omnipraticien peut être amené à référer les patients, car il ne se perçoit pas suffisamment informé pour s'occuper des personnes âgées. C'est souvent le début du morcellement de l'intervention thérapeutique, le patient se trouvant souvent référé ensuite de spécialiste en spécialiste. Une formation accrue de tous les omnipraticiens présents et futurs en gériatrie est essentielle.

- le deuxième niveau est l'urgence générale: là, encore, la personne âgée risque de passer d'un spécialiste à l'autre. Il y aurait peut être lieu d'avoir à cet endroit des gériatres en consultation. Des unités de courts séjours (1 à 7 jours) pour évaluations rapides dirigées par un gériatre ou un omnipraticien spécialisé en gériatrie pourrait palier au morcellement des interventions et désengorger les urgences.

- le troisième niveau est l'hôpital de soins actifs. Là, des unités de séjours moyens (30 jrs) pourraient être greffées à un gériatre ou à un omnipraticien spécialisé en gériatrie.

Nous souhaiterions que l'unité active de gériatrie s'intégre dans une notion de réseau en ayant accès à d'autres établissements à vocation différente comme, par exemple, des centres de réhabilitation, des centres hospitaliers de soins prolongés et des centres d'accueil.

La durée de séjour dans un service actif de gériatrie doit être de trois semaines, de un à trois mois dans un Centre de réadaptation et de plus de trois mois pour les Centres de soins prolongés. Nous devons compter aussi sur l'hôpital de jour ainsi que les autres services à domicile pour faciliter la réinsertion des personnes âgées dans le circuit communautaire après avoir reçu leur congé du service actif.

EN CONCLUSION:

L'APPROCHE GLOBALE DE LA PERSONNE AGEE (PLANS PHYSIQUE, PSYCHOLOGIQUE ET SOCIAL) NECESSITE UN TRAVAIL D'EQUIPE.

La durée de séjour dans un tel service actif de gériatrie est de trois semaines, à la condition qu'il y ait des débouchés tels que des services externes (hôpitaux de jour - services de soins à domicile - établissements de convalescence et de long séjour).

Pour que ce service soit actif, il ne faut pas qu'il y ait de liste d'attente pour les admissions.

Pour que cela arrive, il faut l'acceptation des autorités et la collaboration de toutes les personnes responsables des services aux personnes âgées.

Le morcellement de l'intervention de soins médicaux a mené notre comité à élaborer le concept de programme intégré de gériatrie.

Nos préoccupations vis-à-vis du problème de la gériatrie, nous ont amenés, depuis des années, à tenter de trouver des solutions à ce qui apparaît, d'ores et déjà, comme un défi majeur à toutes les sociétés et surtout à la société occidentale.

En effet, les personnes âgées demandent des soins particuliers, que l'expérience nous permet de définir avec de plus en plus de précision.

Nous devons reconnaître, cependant, que nous sommes très en retard mais, que profitant des expériences vécues de sociétés similaires aux nôtres, nous pourrions atteindre des objectifs précis dans des délais relativement courts, si les moyens sont mis à la disposition de ceux qui ont choisi volontairement, de relever le défi. Nous doutons, cependant, que nous puissions nous permettre le luxe de camoufler le problème dans toute son ampleur, et de surseoir à des décisions qui s'imposent déjà, car nous devrons, alors, à moyen terme sûrement, à court terme probablement, faire dramatiquement face à nos responsabilités.

Si les besoins des personnes âgées deviennent criants, nous devrons penser au complément de formation que nous devons offrir aux professionnels de la santé qui oeuvrent auprès d'eux. Le programme de formation en médecine permet aux nouveaux médecins d'avoir une expertise médicale générale sans, cependant, le complément gériatrique, de plus en plus nécessaire. Nous devons

combler le vide relatif, et nous pourrions, encore là, dès maintenant, offrir une gamme de cours et d'enseignement de plus haut intérêt pour les médecins et la population âgée.

Nous ne pouvons, cependant, parler d'expérience-pilote si l'on respecte intégralement les structures en place. Nous considérons, toutefois, que tous les moyens sont là, MAIS QU'IL EXISTE TROP PEU DE COORDINATION POUR RENDRE NOTRE SYSTEME SOCIAL ET HOSPITALIER ADEQUAT.

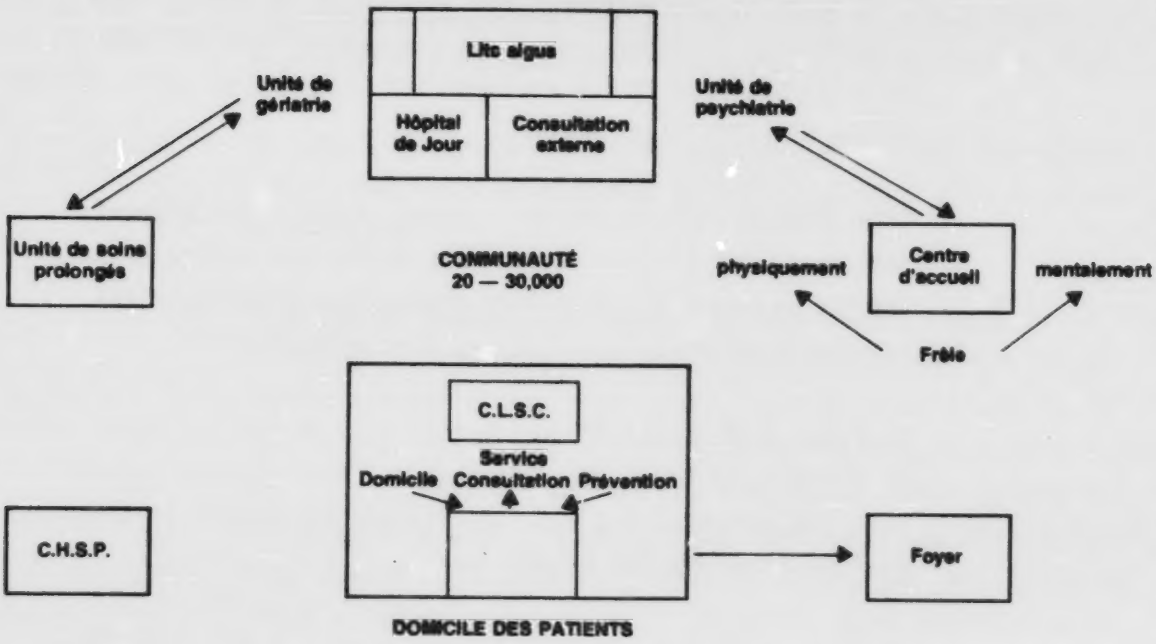
Actuellement, nous avons les experts médicaux qui peuvent coordonner les structures et institutions existantes si la volonté affirmée d'offrir à la population gériatrique les ressources qu'elle requiert, est fermement confirmée.

Certains modèles sont déjà en opération à Montréal, Québec, Sherbrooke, la Bauce etc. Cependant, nous jugeons que la coordination entre les C.L.S.C. (lorsqu'impliqués) et l'hôpital doit être assurée par le gériatre.

Quand au follow-up, il doit lui aussi être assuré, via les services à domicile des C.L.S.C. de préférence, ou avec le C.H. Nous retrouverons ci-joint un projet de mode de fonctionnement de la coordination proposée.

ORGANISATION D'UN SERVICE DE GÉRIATRIE

Territoire d'un service de gériatrie
200,000



Référence: Fig. 22, page 415
Practical Management of the elderly, Sir Ferguson Anderson, Third Edition,
Blackwell Scientific Publications Ltd.

Recommandations du comité:

II Au sujet du morcellement, lenteur et cloisonnement des soins:

44. Mettre sur pied dans les hôpitaux de soins actifs, des unités de court séjour adaptées à chaque hôpital comprenant une équipe multidisciplinaire (travailleur social, physiothérapeute, etc.) dirigée par un gériatre ou un omnipraticien ayant une bonne formation en gériatrie pour entreprendre des évaluations rapides.

45. Instituer un carnet de santé bio-psycho-social. Ce carnet de santé devrait être étendu à tous les groupes d'âge de la population du Québec. Pour les personnes âgées de plus de 60 ans, où l'on trouverait mention des diagnostics principaux, des résultats d'examens et radiographies, des médicaments prescrits, des différentes interventions de soins ainsi que les coordonnées des intervenants.

46. Améliorer l'accueil des personnes âgées dans les urgences en entreprenant des programmes particuliers qui feront appel aux bénévoles.

TTT Absence de suivi.

La personne âgée qui reçoit des soins actifs, à l'urgence ou dans un hôpital de soins actifs, aura généralement son congé sans qu'on se soucie du suivi des soins. On prend pour acquis qu'elle est capable de se trouver les ressources nécessaires en externe si elle a besoin de soins, qu'elle sera capable avec l'aide de son entourage de se maintenir à domicile et qu'enfin elle transmettra l'information pertinente à la compréhension de son état à une équipe de soins externes.

Pour assurer un suivi adéquat, il faut:

1. Qu'il existe un individu ou une équipe qui prenne le relais des soins à donner. Sur le plan médical strict, un omnipraticien qui suivrait régulièrement la personne âgée serait la personne tout indiquée. Malheureusement, l'habitude de se faire suivre par le même médecin s'est perdue et beaucoup de personnes âgées passent d'un médecin à l'autre. Il faudrait remettre à l'honneur cette ancienne habitude.

   Par ailleurs, pour ce qui est du maintien à domicile, comme les services sont très inégaux d'une région à l'autre et souvent même inexistants, l'habitude de transférer la responsabilité du plan de soins et du maintien à domicile ne s'est jamais concrétisée. Pour ce faire, il faut assurer des services de maintien à domicile de qualité égale dans

toutes les régions. Il faut ensuite mettre sur pied un système de transfert de l'information et de la responsabilité de la prise en charge du patient entre les unités de soins actifs et les équipes de maintien à domicile. Ceci pourrait se faire, par exemple, en envoyant à l'équipe de maintien à domicile d'un quartier ou d'une région, un résumé des soins entrepris à l'urgence ou dans un département de soins actifs, ainsi que les recommandations en découlant pour toutes les personnes âgées en perte d'autonomie de ce quartier ou région et dont l'Etat requerrait le soutien d'une équipe de maintien à domicile.

2. *Qu'il existe un médium pour permettre le passage de l'information de l'équipe de soins à tous les intervenants de la post-cure (omnipraticien, équipe de maintien à domicile, travailleurs sociaux, physiothérapeutes, etc.). Ce médium pourrait être un résumé écrit des soins, tel que décrit ci-haut, ou, comme déjà mentionnée dans un chapitre précédent, être un carnet de santé bio-psycho-social (recommandation 45).*

Recommandations du comité:

III Au sujet de l'absence de réadaptation:

47. Mettre sur pied un système qui assure la transmission des informations pertinentes et de la responsabilité de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie entre les équipes de soins actifs et les équipes de maintien à domicile.

48. Informer par des campagnes de publicité, tant auprès du public que des médecins omnipraticiens, qu'il est avantageux pour une personne âgée de se faire suivre au long cours par le même médecin et qu'au contraire il est nuisible d'en changer constamment, (i.e. faire du shopping).

IV Absence de coordination et de communication entre les services de détection, de soins et de réadaptation.

Nous avons vu dans les chapitres précédents que les services de détection sont à beaucoup d'endroits inexistants. Il en est de même pour les services de maintien à domicile. Les seuls services qui soient présents partout sont les services de soins.

Or, on remarque que dans les quartiers ou région qui ont la chance de posséder des services à ces trois niveaux, le manque de coordination et de transfert de l'information rendent cet avantage peu utile pour les personnes âgées. En effet, ces services ont tendance à travailler de façon isolée et l'information ne passe pratiquement pas d'un service à l'autre.

Identifions tout d'abord les intervenants actuels qui oeuvrent à ces trois niveaux:

1. Niveau de la détection:
   - a) infirmières et médecins des services troisième âge des D.S.C.;
   - b) services troisième âge des C.L.S.C.;
   - c) travailleurs sociaux qui vont à domicile;
   - d) personnel infirmier des foyers privés et publics;
   - e) bénévoles.
2. Niveau de soins:
   - a) les urgences;
   - b) les divers départements des hôpitaux de soins actifs (ex. chirurgie, médecine, psychiatrie).

3. Niveau de réadaptation:

a) service de maintien à domicile de certains C.L.S.C.
b) service de maintien à domicile de certains D.S.C.

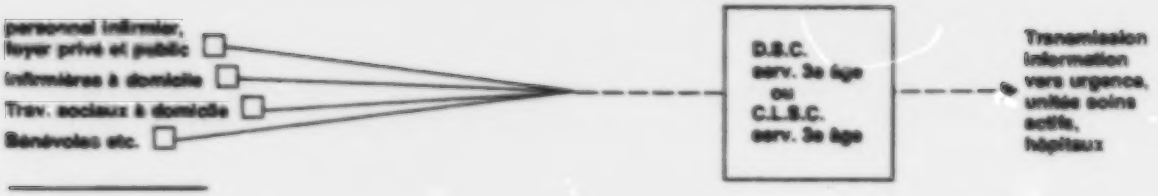
Il est évident que l'information pertinente au sujet d'une personne âgée ainsi que la prise en charge de celle-ci d'un niveau à l'autre ne se fait pas actuellement. Plusieurs vignettes cliniques ont illustré cet état de fait dans les chapitres précédents et il serait facile de rapporter des centaines d'exemples vécus pour illustrer cela, mais tel n'est pas notre propos.

Que manque-t-il à notre système pour le rendre efficace?

1. Tout d'abord, il y aurait avantage à regrouper les informations issues des intervenants du niveau de la détection, de ceux du niveau de la réadaptation pour en faire des unités plus fonctionnelles. Cela aurait pour avantage d'éviter la dispersion, ayant un seul service répondant, au lieu de plusieurs. Il est alors plus facile de mettre sur pied un mécanisme de transmission de l'information et des responsabilités.

(Voir schéma page suivante)

Regroupement de l'information au niveau de la détection



Intervenants au niveau de la détection

Transmission des informations vers

Le D.S.C. ou Le C.L.S.C. | service 3e âge

qui assure que toutes personnes âgées qui a besoin de soins soient dirigées vers les unités de soins avec l'information pertinente sur son état.

2. *Il faut identifier des personnes qui dans chaque service auront la responsabilité de transmettre information et responsabilité.*
   ex.: dans une urgence, identifier une infirmière en charge de ce travail.

3. *Enfin, il faut qu'un lien direct soit établi entre le C.H. et les autres établissements afin que les informations pertinentes ne soient pas perdues.*

Recommandations du comité:

IV Au sujet de l'absence de coordination et de communication entre les services de détection, de soins et de réadaptation.

49. Regrouper par territoire de D.S.C. ou de C.L.S.C. l'information issue des intervenants au niveau de la détection (cf. schéma)

50. Regrouper par territoire de D.S.C. ou de C.L.S.C. l'information issue des intervenants au niveau du suivi.

51. Mettre sur pied un système efficace de transmission des informations pertinentes et de la responsabilité de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie entre les intervenants de la détection, des soins et de la réadaptation.

4 - PREVENTION TERTIAIRE

4. PREVENTION TERTIAIRE

La prévention tertiaire

Même sévèrement handicapé,
l'être humain garde l'espoir d'une
amélioration de son état.
Lui enlever cet espoir,
c'est le tuer.

Hypothèses de base

Le concept de prévention tertiaire repose sur l'hypothèse suivante: si on évite que les séquelles d'une maladie s'accentuent, cela diminue les préjudices pour la personne affectée et son entourage.

4.1 Définition

La prévention tertiaire consiste à entreprendre des programmes de réadaptation à long terme qui réduiront les déficits chroniques, et à faire en sorte qu'ils s'aggravent le moins possible.

La prévention tertiaire a pour but de réduire le plus possible les déficits secondaires à une maladie.

Ex.: 1) Elle peut consister à entreprendre de la physiothérapie, de façon à ce qu'une personne âgée ayant eu un accident cérébro-vasculaire léger, puisse se servir de nouveau d'un membre qui a été paralysé.

Ex.: 2) Elle peut consister à aider une personne âgée à avoir des contacts sociaux suite à une hospitalisation.

4.2 Prévention tertiaire et santé mentale

Les personnes âgées subissent toutes sortes de diminutions de leurs facultés: diminution de l'ouie, de la vue, de la dextérité manuelle etc. A cela s'ajoutent des séquelles de maladies diverses. Si une personne âgée subit plusieurs de ces pertes, et qu'elle ne bénéficie pas de plan de réadaptation, elle sera une personne plus susceptible de faire une dépression. De plus, on sait que l'incidence de suicide est grande chez les personnes âgées. Dans plusieurs cas, cet état de fait n'est pas étranger à une perte d'espoir d'une amélioration possible. Retenons en particulier le problème de la douleur chronique qui se retrouve assez souvent chez les gens âgés et qui est un facteur augmentant les risques de suicide. Récemment des cliniques où l'on est particulièrement attentif à ces problèmes ont été créés (ex.Hôpital Notre-Dame). Leur nombre devrait être augmenté. Beaucoup de centres, de C.A., de CHSP., n'ont pas de politique de réadaptation, et ceci tue l'espoir de nombreuses personnes âgées. De plus, cela mine l'enthousiasme d'un grand nombre de soignants, ce qui est un facteur non négligeable. Cela contribue aux dépressions, au repli sur soi, à la fuite pour plusieurs, dans le monde du délire de persécution ou de mégalomanie, qui se retrouve avec une si grande fréquence dans ces institutions.

4.3 Importance d'une politique de réadaptation

Les personnes âgées souffrant de séquelles de maladies se retrouvent souvent regroupées d'une façon ou d'une autre dans des C.A., des CHSP... privés ou publics. Or, à l'intérieur d'un groupe, le comportement d'un individu est fortement déterminé par les attitudes et les forces sociales qui y prévalent.

On remarque très souvent dans ces institutions un renforcement des comportements maladifs: ceux qui peuvent marcher un peu ne sont pas encouragés à continuer à le faire, et très vite, ils utilisent continuellement la chaise roulante pour se déplacer. On a l'impression que l'idée majeure qui imprègne l'approche de certaines institutions est: "Aujourd'hui pire qu'hier et demain pire qu'aujourd'hui". Les bénéficiaires dépérissent ainsi beaucoup plus rapidement et le personnel a beaucoup de difficulté à travailler dans un tel endroit, se culpabilisant continuellement de ne rien tenter pour ralentir l'inexorable déclin de leurs patients.

De tels lieux, sans politique de réadaptation sont des endroits où l'angoisse et la hantise règnent. Injecter un peu d'espoir et maintenir l'autonomie de nombreuses personnes âgées à un niveau acceptable pour elles, devient alors d'une importance inestimable.

4.4 Prévention tertiaire

Les problèmes indentifiés en prévention tertiaire ont été rassemblés sous trois thèmes soit:

- une pression trop grande pour entrer dans les institutions de soins prolongés;
- un manque d'humanisme;
- une insuffisance de politique de réadaptation.

I Pression trop grande misant sur la nécessité d'entrer en institution de soins prolongés.

Dès qu'une personne âgée perd un peu de son autonomie son entourage et elle-même deviennent inquiets; que se passera-t-il si cela s'aggrave?
Si cela s'aggrave le conjoint, la famille, ou l'entourage devra palier au déficit.
Peu est fait pour aider ces personnes à tenir ce rôle. Le service de maintien à domicile, très inégal d'une région ou d'un quartier à l'autre, n'offrira souvent qu'une infirmière faisant, une ou deux fois par semaine une visite d'une heure ou encore un peu d'aide ménagère et quelques repas par des services, telle la "popote". Les familles qui consacreront du temps à soigner un parent âgé ne recevront presqu'aucun support financier de l'Etat.

Comme les services actuels de maintien à domicile ne peuvent répondre de façon valable à la question "que se passera-t-il si cela s'aggrave?", les personnes âgées elles-mêmes, ainsi

que leurs familles proches, accentuent les pressions afin de retenir ou d'obtenir une place en institution de soins prolongés.

La pression pour entrer dans ces lieux d'hébergement est en grande partie due à l'absence de solution alternative que serait un système fiable et efficace de maintien à domicile. Un tel "trou" dans notre système de soins pour les personnes âgées en perte d'autonomie développe certaines aberrations dont celle de tout sacrifier afin d'assurer leur sécurité.

Ainsi, dans la plupart des foyers privés et publics, les listes d'attente sont de une à plusieurs années, les gens s'y inscrivant de plus en plus jeunes afin de s'assurer une place (certaines personnes font leur demande dès l'âge de 50 ans). Ces endroits ne sont généralement pas les lieux paradisiaques imaginés et tant attendus. En effet, la réglementation en vigueur y est trop rigide; les activités sont infantilisantes et parfois les liens humains entre les bénéficiaires et le personnel sont trop souvent sous-tendus d'hostilité.

L'insuffisance d'un service de maintien à domicile efficace et fiable qui répondrait à la question "qu'arrivera-t-il si cela s'aggrave?", a pour conséquences que beaucoup de personnes âgées se retrouvent dans ces institutions de soins prolongés alors que telle n'est pas leur place. Elles voudraient en sortir, mais leur insécurité les y retient. On peut ici se référer à l'étude de Sicotte (évaluation des bénéficiaires en institutions)(75).

Elles s'imprègnent de cette ambiance d'infantilisation et de laisser aller en évitant l'effort qui maintiendrait l'autonomie, de telle sorte que ces personnes finissent par dépérir prématurément dans l'ennui, la dépression et la fuite dans la torpeur des médicaments.

Recommandations du comité:

I Au sujet de la pression trop grande mise sur la nécessité d'entrer en institution de soins prolongés:

52. Développer un système de maintien à domicile homogène, fiable et efficace, par quartier dans les zones urbaines, et par village ou groupe de villages dans les zones rurales, le tout s'intégrant dans les structures déjà établies de distribution de services.

53. Créer des crédits d'impôts importants pour les familles ou individus qui s'occupent de personnes âgées en perte d'autonomie. Ces crédits d'impôts pourraient être gradués en fonction de l'état de santé des personnes à charge.

II Manque d'humanisme dans les institutions

Les institutions où aboutissent les personnes agées en perte d'autonomie sont les C.A., C.H.S.P. et aussi les foyers privés et publics.

Trop d'institutions présentent les lacunes suivantes:

1. Elles sont de trop grandes dimensions.

   Elles sont souvent de grandes dimensions, hébergeant plusieurs centaines de bénéficiaires. Or, il est connu que rassembler un grand nombre de personnes en perte d'autonomie, amplifie chez les individus et le personnel l'impression qu'il n'y a plus rien à faire, sauf assister au déclin inexorable de leur santé. Les grands ensembles perdent souvent leur côté humain et la promiscuité devient le moteur d'une grande agressivité. Il est plutôt irréaliste de penser que des individus qui ont vécu de façon indépendante la majeure partie de leur vie, puissent du jour au lendemain vivre en communauté.

   C'est ainsi une façon de nier qu'en général les personnes âgées se supportent difficilement entre elles. Il est possible que ce type de rassemblement réponde presqu'uniquement à un impératif économique, mais on doit cependant se demander, si c'est un genre de vie que tout individu désire avoir pour ses vieux jours.

2. Elles sont coupées du tissu social.

De façon caricaturale, un très grand nombre de ces institutions sont situées en des lieux géographiques coupés de toute vie, que ce soit au bord de rivières ou en des sites fastueux, leur éloignement empêche ainsi très souvent les personnes âgées d'aller au centre d'achat, à la banque ou à la messe à pied.
Quand on sait que l'hiver ici dure environ six mois, qu'elle bonne idée que de placer une résidence près d'une rivière, sachant que le vent glacé empêchera de sortir, entre autres les emphysémateux et les insuffisants cardiaques.

Pour palier à cet isolement géographique, deux solutions ont été trouvées, solutions bien désolantes à nos yeux:

1° installer un petit magasin dans la résidence, de même qu'un comptoir bancaire...; on vise l'autarcie la plus complète.

2° l'autre est le transport en groupe de personnes âgées pour aller dans les magasins; quoi de plus triste que de voir ces groupes de personnes âgées de la résidence X, descendre d'un autobus scolaire et se dépêcher d'acheter leurs victuailles pour être sûres d'avoir franchi la caisse avant que l'autobus ne reparte.

Par cet éloignement géographique des milieux de vie et ces systèmes autarciques, on marginalise les personnes agées. Il faudrait faire en sorte que tout nouveau C.A., C.H.S.P., résidence publique ou privée soit à distance accessible à pied, des rues commercantes et donc non coupé du tissu social.

3. Elles ont des réglementations rigides et contraignantes.

A l'intérieur de ces institutions, des réglementations contraignantes ont souvent cours. Dans certaines résidences, une personne âgée se voit assigner une table à quatre à la salle à manger. Elle devra demeurer à cette table année après année, avec toujours les mêmes trois personnes, même si celles-ci se détestent.

- Il a même été noté que, dans un centre d'accueil on réveille tout le monde à cinq heures du matin pour avoir le temps de distribuer les médicaments et de rédiger le rapport pour l'équipe de travail de huit heures, qui elle, aura bien assez d'ouvrage avec les petits déjeuners.
- A un autre endroit, il aura été décreté que le coucher est à 9h. et gare à ceux qui ne dorment pas à 10h30, ils auront droit aux sommifères.
- Ces exemples sont loins d'être fictifs et sont probablement en deça de la réalité.

Les réglementations sont souvent faites pour faciliter le travail du personnel de ces institutions au détriment des personnes âgées qui y vivent.
Dans beaucoup de résidences, ces derniers ont troqué leur liberté pour la sécurité mais souvent à un prix qu'ils ne pouvaient imaginer. Après avoir tout vendu, meubles et maison, ils se retrouvent pris au piège d'un système qui a les allures d'un miroir aux alouettes. Les réglementations dans les C.A., C.H.S.P., résidences et foyers privés et publics devraient être surveillées par un organisme autonome, améliorées constamment pour les rendre plus compatibles avec le respect humain, et surtout être entérinées par les bénéficiaires eux-mêmes.

4. Elles renforcent le symptôme physique.

Dans les C.A., C.H.S.P., foyers publics et privés, la personne âgée ne reçoit en général de l'attention que lorsqu'elle a des symptômes qui peuvent inquiéter le personnel. Ainsi, très souvent le besoin d'affection et d'attention sont le moteur de symptômes physiques aussi divers que fréquents. Si l'on se réfère à la théorie du conditionnement opérant, les symptômes physiques sont renforcés. En effet, chaque symptôme qui émerge chez un individu lui donnera droit à un peu plus d'attention de la part du personnel. Il y a escalade en nombre et en intensité des symptômes de toutes sortes. Qui dit symptômes dit médicaments et on note en effet une surmédication des personnes âgées vivant dans les institutions de soins prolongés (54)

Pour diminuer la surmédication, il faut s'attaquer à la racine du problème en cessant de récompenser uniquement l'émergence de symptômes. Dans tous ces centres, il faudrait innover en offrant une gamme diversifiée de gratifications. Il faudrait trouver de nouveaux moyens pour "récompenser" les efforts d'autonomisation et de socialisation des individus.

Des expériences tentées en ce sens dans plusieurs pays (France, U.S.A., Royaume-Uni) ont déjà montré des résultats; ainsi, l'ouverture dans un foyer d'une petite brasserie où les personnes âgées pouvaient aller socialiser et prendre un verre tout en bavardant a diminué de beaucoup les demandes de soins pour des symptômes physiques.

5. Elles favorisent des réactions agressives de la part du personnel.

Le personnel qui travaille auprès des personnes âgées dans les institutions de soins prolongés finit souvent par devenir agressif envers celles-ci. Certaines attitudes laissent d'ailleurs croire entre autres que plus le personnel est en contacts fréquents avec des personnes âgées dans leur travail, plus leur perception sur celles-ci devient négative. De nombreux facteurs peuvent induire cette attitude agressive qui parfois se camoufle sous une attitude inverse de maternage démesuré et nuisible à la personne âgée.

Parmi ces facteurs, notons l'insuffisance de politique de réadaptation qui prévaut dans la majorité des institutions. Ceci a pour effet que le personnel se perçoit comme inutile, il ne fait qu'assister au déclin inexorable de leurs protégés. Face à leurs confrères et consoeurs qui travaillent au niveau des soins actifs, ils se perçoivent comme des intervenants de deuxième ordre. Entreprendre des politiques de réadaptation pourrait, entre autres, avoir un impact sur l'estime des intervenants et améliorer indirectement la qualité des soins.

Un autre facteur qui favorise cette agressivité est le rassemblement des personnes âgées entre elles:

Ceci a pour effet d'augmenter leur agressivité l'un envers l'autre. On remarque fréquemment que des couples qui s'entendaient relativement bien deviennent très agressifs entre eux quelques mois après leur entrée dans un foyer.

Les commentaires mesquins, les petits clans en guerre continuelle, le repli dans son petit appartement pour éviter de rencontrer les autres, sont trop fréquents dans les foyers, C.A., C.H.S.P., beaucoup plus que l'entraide et la socialisation. Des études devraient être faites pour évaluer l'impact négatif de la promiscuité et pour déterminer l'espace vital nécessaire à une vie agréable et décente. Quand il existe ce climat de tension le personnel a la réaction normale de se faire une piètre idée des personnes âgées et du vieillissement.

Eviter de rassembler des personnes âgées en trop grand nombre est le premier pas vers une qualité de vie meilleure pour eux et une attitude du personnel plus positive à leur égard.

Enfin, un autre facteur, et non le moindre, est que de travailler avec des personnes âgées en perte d'autonomie renvoie chaque membre du personnel à sa propre anxiété devant son vieillissement et sa mort. Il semble important que dans toutes les institutions de soins prolongés les membres du personnel puissent avoir accès à des groupes où ils pourraient prendre conscience de cela et en parler avec leurs confrères et consoeurs pour pouvoir ventiler cette anxiété et ainsi travailler de façon plus dégagée en la maitrisant mieux. (Ex.: Cours de l'Université Laval "L'espoir c'est la vie")

Il est intéressant et en même temps consternant de se rendre compte que les caractéristiques s'appliquant à certains C.A., C.H.S.P., résidences et foyers publics et privés pour personnes âgées pourraient être comparables à la qualité de

vie des asiles qui ont été si décriés à la fin des années 50. Ces défauts nous semblent être essentiellement:

1. des institutions de trop grandes dimensions;
2. des institutions coupées du tissu social dans un système autarcique;
3. des institutions ou règnent des réglementations contraignantes;
4. une surmédication;
5. des institutions où travaille un personnel insuffisamment valorisé.

Par ailleurs lorsque de telles lacunes n'existent pas nous nous retrouvons en présence d'institutions jouant leur rôle social de façon tout à fait souhaitable, comme c'est le cas pour le Centre hospitalier de la Piéta à Hull. Ce centre vient de se voir décerner le prix "Persillier-Lachapelle" prix remis pour souligner l'amélioration de la qualité de vie des bénéficiaires dans un établissement du réseau des Affaires sociales. Ce centre trace les voies d'une approche plus humaine des personnes âgées en institution:

L'institution telle qu'elle pourrait-être serait de petite dimension, intégrée dans le tissu social, régie par une réglementation libérale et élaborée par les bénéficiaires, favorisant les tentatives d'autonomie et valorisant le travail du personnel.

Recommandations du comité:

II Au sujet du manque d'humanisme dans les institutions de soins prolongés:

54. Prévoir que tous les futurs C.A., C.H.S.P., foyers, privés et publics, soient construits à distance d'une rue commerçante qui soit accessible à pied pour des personnes âgées.

55. Prévoir que tous les futurs C.A., C.H.S.P., foyers, privés et publics soient de petites dimensions et intégrés au tissu social.

56. Favoriser l'ouverture des C.A., C.H.S.P., foyers privés et publics sur la communauté et vice versa tant au profit des bénéficiaires et du personnel que de la communauté par l'implantation entre autres de centre de jour.

57. Mettre sur pied des programmes spéciaux dans les institutions de soins prolongés pour diminuer la quantité de médicaments pris par individu.

58. Humaniser les soins dans les C.A., C.H.S.P., résidences, foyers publics et privés existants en veillant à:

a) faire des unités de petites dimensions intégrées aux quartiers;
b) stimuler l'intérêt des soignants en diversifiant leurs contacts avec les personnes âgées, i.e. qu'un soignant ne soit pas toujours avec les plus malades, mais qu'il y ait mobilité;
c) établir des programmes de valorisation du personnel dans son rôle;

d) intégrer des groupes de recherches et de soins au niveau de plusieurs C.A., C.H.S.P. (recherche sur la maladie d' Alzheimer entre autres);
e) évaluer bi-annuellement les médications pour tous les patients en C.A., C.H.S.P., par le comité d'appréciation de l'acte médical;
f) favoriser l'implication du bénévolat dans les C.A., les C.H.S.P., pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées;
g) élargir les réglementations dans les C.A., C.H.S.P., résidences, foyers publics et privés en impliquant les bénéficiaires dans l'élaboration de ceux-ci;
h) favoriser les lieux de socialisation dans les institutions destinées aux personnes âgées, tel que brasserie, casse-croute et autres.

59. Stimuler la qualité des soins et l'intérêt des soignants des C.A., C.H.S.P., par une compétition entre centres, via revue ou autres moyens.

60. Favoriser la participation des bénéficiaires des institutions à la gestion des sommes allouées aux patients en curatelle.

61. S'assurer que les personnes âgées ne demeurent pas indûment dans une unité de soins d'un hôpital général, autre qu'une unité pouvant leur garantir tous les services requis par leur état, telle une unité de gériatrie ou de soins prolongés. Elles devraient encore être dirigées vers un C.A., un C.H.S.P. ou leur domicile, appuyées par un solide réseau de services de maintien à domicile, compte tenu toujours de leur état.

62. S'assurer que les services de loisirs et d'ergothérapie dans les institutions de soins prolongés s'occupent, en priorité, des patients les plus repliés sur eux-mêmes.

III *Insuffisance de politique de réadaptation*

Pour quiconque observe les gens âgés de la communauté, qu'ils soient dans leur maison, dans des foyers pour personnes âgées, les centres d'accueil ou les centres hospitaliers, il est aisé de percevoir le manque de tonus de vie, les séquelles psychiques de maladies, l'anxiété forte et les signes de refus ou de retrait, face à l'entourage. Devant l'insatisfaction générale des gens âgés et le nombre considérable de défaillances psycho-sociales que même leurs familles constatent dans les différents milieux situationnels, il va de l'intérêt de la communauté d'identifier le problème, sa formation et des solutions pertinentes. Ces défaillances psycho-sociales seraient essentiellement un retrait, un négativisme amenant une destruction plus ou moins marquée des relations interpersonnelles, un manque d'intérêt dans les diverses fonctions et obligations sociales (loisirs, travail). Si l'on peut identifier à l'origine, chez ces personnes âgées, une vulnérabilité face à l'environnement avec un peu d'allégeance au standard du groupe, il faut tenir compte du fait que les attitudes de la société joueront un rôle important pour l'étiquetage dérogatoire. La société installe l'individu dans son rôle de malade. Face à ce repli psycho-social de l'individu, le groupe qui l'entoure se doit de réagir, de s'impliquer et d'appliquer les pressions sociales positives spécifiques qui vont permettre à l'individu de retrouver son autonomie.

L'insuffisance de politique de réadaptation touche aussi bien les personnes âgées qui habitent chez elles que celles qui demeurent dans les institutions de soins prolongés.

Il est fréquent de rencontrer des personnes âgées qui suite à des accidents cérébraux vasculaires ne se voient offrir aucun programme de réadaptation, même lorsque la paralysie est légère. Dans plusieurs cas cette abstention entraînera le placement dans des institutions de soins prolongés. On ne leur donne pas plus de conseils pratiques pour les aider à se débrouiller dans leurs activités quotidiennes, alors que dans bien des cas quelques modifications à l'environnement permettraient à ces personnes partiellement handicapées de sauvegarder leur autonomie, leur dignité et l'estime d'elles-mêmes.

Certaines personnes âgées qui ont la chance de tomber sur de bons centres se verront offrir d'excellents services de réadaptation. Des programmes de réadaptation devraient être systématiquement offerts à toute personne âgée nécessitant ce type de soutient lors de leur sortie des urgences ou des hôpitaux.

Réadaptation:

Il faut des programmes individualisés et efficaces de réadaptation globale. Il y a de fortes probalités qu'on ait tendance à considérer cette personne comme étant irrécupérable, c'est-à-dire comme ayant un pronostic de récupération fonctionnelle extrêmement sombre. C'est contre ce préjugé qu'il faut réagir et sensibiliser tous les professionnels de la santé. Il faut distinguer clairement les personnes âgées qui ne sont handicapées que physiquement de celles qui sont handicapées à la fois physiquement et psychologiquement, non seulement parce que leurs besoins sont différents, mais également parce que les ressources à leur disposition sont loin d'être comparables. Les ressources s'adressant aux personnes qui sont handicapées à la fois physiquement et psychologiquement sont peu nombreuses et insuffisantes quand elles existent.

Recommandations du comité:

III Au sujet de l'insuffisance de politique de réadaptation:

63. Augmenter la formation des intervenants auprès des personnes âgées, sur le mode de réadaptation bio-psycho-sociale.

64. Augmenter l'information du public sur le mode de réadaptation bio-psycho-social.

65. Offrir systématiquement des programmes de réadaptation à toute personne âgée susceptible d'en bénéficier à sa sortie de séjour à l'urgence ou à l'hôpital.

66. Réévaluer systématiquement l'état des personnes âgées en institutions après 6 mois, afin de vérifier le bien-fondé de leur présence dans de telles institutions ou de les diriger vers des structures moins lourdes.

67. Etablir à l'intérieur même des C.A., C.H.S.P., ... des plans d'intervention pour sortir le maximum de personnes âgées de ces institutions et les intégrer dans le réseau de maintien à domicile.

68. Développer des techniques visant la réadaptation dans les institutions, des techniques d'aide-mémoire, d'orientation à la réalité et de restructuration des habitus personnels et sociaux.

69. Encourager les loisirs, les occupations et le travail dans toutes les institutions et ceci, sous la direction progressive des bénéficiaires pour favoriser le maintien de leur autonomie.

5- RECOMMANDATIONS

5. RECOMMANDATIONS

Les recommandations émises par le Groupe de travail sont développées dans les chapitres précédents et se résument ainsi:

1. Augmenter substantiellement des revenus de retraite de base en ayant comme objectif un revenu minimum se situant à 15% au-dessus du seuil de pauvreté, seuil établi et réajusté annuellement par une commission indépendante.

2. Eviter la prolifération des programmes spéciaux pour les personnes âgées qui entretiennent leur dépendance et leur marginalisation. Nous croyons préférable de fournir aux personnes âgées des revenus supérieurs qui leur permettraient, comme tout autre citoyen, de se payer ce dont ils ont besoin.

3. Accorder l'éligibilité à la pension de sécurité de la vieillesse et au supplément de revenu garanti (S.R.G.) à toutes les personnes seules dans le besoin, à partir de 60 ans.

4. Déterminer un mécanisme de contribution au régime des rentes du Québec pour les femmes demeurant à la maison.

5. Instaurer des régimes privés de pension obligatoires et universels, uniformisés et transférables d'un employeur à l'autre et contenant des clauses d'indexation.

6. Mettre au point des mécanismes permettant aux femmes de continuer à cotiser même si elles quittent temporairement leur emploi.

7. Réévaluer globalement le Régime des rentes du Québec ainsi que tous les régimes de pension publics et privés, afin d'assurer à toutes les personnes âgées une vie de retraite décente.

8. Augmenter le nombre de logements sociaux au Québec sans se limiter à la seule formule HLM (qu'on souhaiterait plus décentralisée dans les quartiers et plus ouverts au milieu).

9. Favoriser les formules coopératives d'habitation et les sociétés sans but lucratif. (voir annexe II)

10. Elargir le programme Logirentes afin d'inclure tous ceux qui consacrent plus de 25% de leurs revenus à leurs dépenses de logement dans le cadre des normes établies.

11. Mettre sur pied des programmes de rénovation domiciliaire, afin d'aider les petits propriétaires retraités dans le besoin; pour leur permettre de garder des conditions de logement décentes à un prix raisonnable.

12. Développer davantage les services de soins et d'aide à domicile en visant notamment:

    a) A compléter le réseau des C.L.S.C. pour couvrir l'ensemble du territoire du Québec.
    b) A augmenter les subventions pour les groupes de bénévoles.
    c) Augmenter le nombre de centres de jour.
    d) Développer les systèmes du coup de téléphone tous les matins ou toute autre expérience simple augmentant le sentiment de sécurité des personnes isolées (détecteur de fumée en liaison avec poste de pompiers ou d'un répondant).

e) Mettre sur pied des centres "day care", hébergement temporaire de dépannage, centres de soins de fins de semaine.

f) A faire en sorte que les services de maintien à domicile soient disponibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine, lesquels devraient comprendre:

1. Téléphone 24 heures par jour.
2. Repas à domicile.
3. Aide ménagère à domicile.
4. Service de transport à domicile.
5. Visite d'infirmières à domicile.
6. Visite de médecins à domicile.
7. Evaluation médicale, dépistage, prélèvements sanguins, etc. à domicile.
8. Centre de jour.
9. Physiothérapie.

13. Développer des programmes d'aide concrète pour les familles désireuses d'héberger leurs parents agés par des crédits d'impôts ou des subventions comme on le fait pour des familles d'accueil.

14. Procurer une assistance aux personnes âgées dans la défense de leurs droits et dans leurs démarches avec les institutions et organismes publics et privés.

15. Favoriser l'établissement de baux à long terme (3-5ans) entre propriétaires et personnes âgées locataires.

16. Généraliser en collaboration avec le ministère de l'éducation les programmes de préparation à la retraite.

17. Mettre sur pied des programmes de préparation à la retraite à l'intérieur même des entreprises et voir à ce que ceux-ci rejoignent les travailleurs dès la quarantaine.

18. Abolir l'obligation de la mise à la retraite (projet de loi en cours).

19. Entreprendre des programmes afin de faciliter la mise à la retraite progressive et l'aménagement de postes de travail en fonction du vieillissement.

20. Viser le recyclage des travailleurs lorsqu'il y a changements technologiques dans les entreprises.

21. Initier des programmes spéciaux visant à augmenter les potentialités créatives des individus qui travaillent dans des secteurs où ils ne peuvent le faire (travaux morcelés, répétitifs).

22. Généraliser l'implantation de centres de jour dans les quartiers et en laisser la gestion aux personnes âgées.

23. Initier des programmes de dépistage des personnes âgées isolées socialement et développer des programmes d'intégration sociale pour celles-ci (centre de jour, programmes de parrainage jeunes - personnes âgées, etc...).

24. Eviter la création de ghettos coupés du tissus social, genre résidences de grande capacité éloignées des milieux de vie.

25. Favoriser la coexistance des personnes âgées avec des familles plus jeunes dans les habitations à loyer modique.

26. Faciliter l'accès à des activités de groupe en fournissant des locaux confortables, ouverts de façon permanente, bien équipés et dotés de moyens de transport adaptés.

27. Favoriser les recherches sur l'intégration sociales des personnes âgées.

28. Analyser les réseaux de support pour les personnes âgées, présents dans la communauté; une meilleure connaissance de ceux-ci améliorerait les modes d'intervention.

29. Explorer les possibilités d'utilisation des services de télévision interactive (Télidon).

30. Insérer dans la Charte des droits et libertés de la personne l'interdiction de toute discrimination fondée sur l'âge.

31. Que l'on fasse des études épidémiologiques sur le vieillissement prématuré.

32. Elaborer des stratégies préventives pour les groupes ou individus à haut risque:
    - personnes âgées qui ont déjà fait des dépressions dans le passé;
    - personnes âgées qui subissent plusieurs pertes importantes coup sur coup;
    - personnes âgées isolées socialement;
    - personnes âgées souffrant de douleurs chroniques.

33. Mettre sur pied des programmes de dépistage de certaines déficiences ou maladies à l'entrée à la retraite ou à des âges définis (exemple: déficience en acide folique et B^{12}).

34. Augmenter substantiellement la recherche sur les maladies les plus fréquentes chez les personnes âgées, arthrite, dépression, maladie d'Alzheimer, etc..

35. Inciter des campagnes importantes de promotion de l'activité physique chez les personnes âgées et d'éducation pour améliorer leur alimentation.

36. Elaborer des programmes à divers niveaux pour diminuer la consommation des médicaments chez les personnes âgées.

37. Améliorer la formation des intervenants médicaux de façon à développer de nouveaux modes d'approche-santé auprès des personnes âgées.

38. Diminuer l'input dans les établissements du réseau par la mise en application des recommandations 1 à 30.

39. Favoriser le désengorgement de ces établissements par l'application de programmes de "tamisage" et de "soins rapides" aux urgences, couplée d'un support adéquat pour encourager le maintien à domicile.

40. Augmenter la formation en gériatrie et en gérontopsychiatrie de toutes les personnes qui travaillent auprès de personnes âgées.

41. S'assurer que des études épidémiologiques en vue de dépister précocement les personnes âgées présentant des problèmes d'ordre bio-psycho-social, soient réalisées prioritairement par les D.S.C. en vue de les référer aux ressources appropriées.

42. S'assurer que les D.S.C. identifient les personnes agées faisant partie de groupe à risque et entreprennent des programmes de surveillance préventive de ces personnes, à intervalles réguliers.

43. Mettre sur pied un système de transmission des informations et de la responsabilité des patients entre les services de détection et de soins actifs. A titre d'exemple, entre les services du troisième âge d'un D.S.C. et de l'urgence.

44. Mettre sur pied dans les hôpitaux de soins actifs, des unités de court séjour adaptées à chaque hôpital comprenant une équipe multidisciplinaire (travailleur social, physiothérapeute, etc.) dirigée par un gériatre ou un omnipraticien ayant une bonne formation en gériatrie pour entreprendre des évaluations rapides.

45. Instituer un carnet de santé bio-psycho-social. Ce carnet de santé devrait être étendu à tous les groupes d'âge de la population du Québec. Pour les personnes âgées de plus de 60 ans, où l'on trouverait mention des diagnostics principaux, des résultats d'examens et radiographies, des médicaments prescrits, des différentes interventions de soins ainsi que les coordonnées des intervenants.

46. Améliorer l'accueil des personnes âgées dans les urgences en entreprenant des programmes particuliers qui feront appel aux bénévoles.

47. Mettre sur pied un système qui assure la transmission des informations pertinentes et de la responsabilité de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie entre les équipes de soins actifs et les équipes de maintien à domicile.

48. Informer par des campagnes de publicité, tant auprès du public que des médecins omnipraticiens, qu'il est avantageux pour une personne âgée de se faire suivre au long cours par le même médecin et qu'au contraire il est nuisible d'en changer constamment, (i.e. faire du shopping).

49. Regrouper par territoire de D.S.C. ou de C.L.S.C. l'information issue des intervenants au niveau de la détection (cf. schéma).

50. Regrouper par territoire de D.S.C. ou de C.L.S.C. l'information issue des intervenants au niveau du suivi.

51. Mettre sur pied un système efficace de transmission des informations pertinentes et de la responsabilité de la prise en charge des personnes agées en perte d'autonomie entre les intervenants de la détection, des soins et de la réadaptation.

52. Développer un système de maintien à domicile homogène, fiable et efficace, par quartier dans les zones urbaines, et par village ou groupe de villages dans les zones rurales, le tout s'intégrant dans les structures déjà établies de distribution de services.

53. Créer des crédits d'impôts importants pour les familles ou individus qui s'occupent de personnes âgées en perte d'autonomie. Ces crédits d'impôts pourraient être graduës en fonction de l'état de santé des personnes à charge.

54. Prévoir que tous les futurs C.A., C.H.S.P., foyers, privés et publics, soient construits à distance d'une rue commerçante qui soit accessible à pied pour des personnes âgées.

55. Prévoir que tous les futurs C.A., C.H.S.P., foyers, privés et publics soient de petites dimensions et intégrés au tissu social.

56. Favoriser l'ouverture des C.A., C.H.S.P., foyers, privés et publics sur la communauté et vice versa tant au profit des bénéficiaires et du personnel que de la communauté, par l'implantation entre autres de centre de jour.

57. Mettre sur pied des programmes spéciaux dans les institutions de soins prolongés pour diminuer la quantité de médicaments pris par individu.

58. Humaniser les soins dans les C.A., C.H.S.P., résidences, foyers publics et privés existants en veillant à:
    a) faire des unités de petites dimensions intégrées aux quartiers;
    b) stimuler l'intérêt des soignants en diversifiant leurs contacts avec les personnes âgées, i.e. qu'un soignant ne soit pas toujours avec les plus malades, mais qu'il y ait mobilité;
    c) établir des programmes de valorisation du personnel dans son rôle;
    d) intégrer des groupes de recherches et de soins au niveau de plusieurs C.A., C.H.S.P. (recherche sur la maladie d'Alzheimer entre autres);

e) évaluer bi-annuellement les médications pour tous les patients en C.A., C.H.S.P., par le comité d'appréciation de l'acte médicale;
f) favoriser l'implication du bénévolat dans les C.A., les C.H.S.P., pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées;
g) élargir les réglementations dans les C.A., C.H.S.P., résidences, foyers publics et privés en impliquant les bénéficiaires dans l'élaboration de ceux-ci;
h) favoriser les lieux de socialisation dans les institutions destinées aux personnes âgées, tel que brassserie, casse-croute et autres.

59. Stimuler la qualité des soins et l'intérêt des soignants des C.A., C.H.S.P., par une compétition entre autres, via revue ou autres moyens.

60. Favoriser la participation des bénéficiaires des institutions à la gestion des sommes allouées aux patients en curatelle.

61. S'assurer que les personnes âgées ne demeurent pas indûment dans une unité de soins d'un hôpital général, autre qu'une unité pouvant leur garantir tous les services requis par leur état, telle une unité de gériatrie ou de soins prolongés. Elles devraient encore être dirigées vers un C.A., un C.H.S.P. ou leur domicile, appuyées par un solide réseau de services de maintien à domicile, compte tenu toujours de leur état.

62. S'assurer que les services de loisirs et d'ergothérapie dans les institutions de soins prolongés s'occupent, en priorité, des patients les plus repliés sur eux-mêmes.

63. Augmenter la formation des intervenants auprès des personnes âgées, sur le mode de réadaptation bio-psycho-sociale.

64. Augmenter l'information du public sur le mode de réadaptation bio-psycho-social.

65. Offrir systématiquement des programmes de réadaptation à toute personne âgée susceptible d'en bénéficier à sa sortie de séjour à l'urgence ou à l'hôpital.

66. Réévaluer systématiquement l'état des personnes âgées en institutions après 6 mois, afin de vérifier le bien-fondé de leur présence dans de telles institutions ou de les diriger vers des structures moins lourdes.

67. Etablir à l'intérieur même des C.A., C.H.S.P.,... des plans d'intervention pour sortir le maximum de personnes âgées de ces institutions et les intégrer dans le réseau de maintien à domicile.

68. Développer des techniques visant la réadaptation dans les institutions, des techniques d'aide-mémoire, d'orientation à la réalité et de restructuration des habitus personnels et sociaux.

69. Encourager les loisirs, les occupations et le travail dans toutes les institutions et ceci, sous la direction progressive des bénéficiaires pour favoriser le maintien de leur autonomie.

6- CONCLUSION

6. CONCLUSION

Après avoir considéré la situation précaire actuelle dans laquelle se trouvent les personnes âgées, l'absence d'une philosophie de services et de soins pour ce groupe grandissant de citoyens, ainsi que le manque d'une approche cohérente, le groupe de travail a axé principalement ses travaux sur des politiques de prévention et en particulier de prévention primaire.

Cette étude s'appuie sur des données scientifiques et des expériences vécues dans divers contextes socio-culturels du Québec, des Etats-Unis et d'Europe et a fait appel à des expertises qui tenaient des usagers autant que des professionnels de la santé travaillant avec les personnes âgées.

Le groupe de travail s'est servi de ces données pour proposer des recommandations susceptibles d'apporter des modifications profondes au mieux être des personnes âgées par le biais de l'amorce d'une réflexion, d'une conscientisation et d'une éducation de la population sur cette problématique.

Nous croyons que c'est d'abord par une volonté politique concertée que le gouvernement du Québec pourrait amener des changements significatifs à la condition des personnes âgées en y impliquant tous les ministères concernés - Education, Revenu, Travail, Affaires sociales, etc....

Le groupe de travail croit que l'application de ses recommandations amorcera une plus grande justice sociale par une implication et une intégration plus grande de cette population trop dévalorisée et marginalisée. Les retombées positives inestimables de la participation de ce groupe d'âge à notre vie collective, nous apparaissent se situer au plan économique bien sûr, mais surtout au plan de la qualité de vie de tout un peuple qui trouve dans ses aînés des valeurs créatives aussi bien que de sagesse.

7- REFERENCES

7. REFERENCES

1) ADLER DA; LEVINSON DJ; ASTRACHAN BM. The concept of prevention in psychiatry: a reexamination. Arch Gen Psychiatry 1978 June; 35 (6): 786-9.

2) AIRD, G.; AMYOT, A.; La psychiatrie communautaire dans Psychiatrie clinique approche contemporaine, Gaëtan Morin, ed. 1980, chapitre 38.

3) ALBERTON, Mario & collaborateurs; L'espoir c'est la vie, M.A.S. Télé-Université - 1979.

4) ANDERSON, F.; Practical management of the elderly. Blackwell scientific publications 3ème Ed. 1976, 1 vol., 452 p.

5) ASSOCIATION QUEBECOISE POUR LA DEFENSE DES DROITS DES RETRAITES ET PRE-RETRAITES; Les retraités et pré-retraités parlent au ministre. Décembre 1980.

6) ASSOCIATION QUEBECOISE POUR LA DEFENSE DES DROITS DES RETRAITES ET PRE-RETRAITES; La situation économique des retraités 1980. Manifeste en collaboration avec la Faculté d'éducation permanente de l'Université de Montréal, Montréal, juillet 1980, 78 pages.

7) ASSOCIATION QUEBECOISE POUR LA DEFENSE DES DROITS DES RETRAITES ET PRE-RETRAITES; Vieillir chez soi, Manifeste, Montréal, octobre 1979.

8) ATELIER DE PROMOTION COLLECTIVE, Faculté de l'éducation permanente. Université de Montréal. Mémoire au ministre des Affaires sociales. "Pour mieux vieillir au Québec", Octobre 1980.

9) BARBEAU, Gilles; Age et pharmacocinétique, école de pharmacie, Université Laval 1980.

10) BEAUDOIN, Jean M.D.; Le défi médical des soins aux personnes âgées. Conférence Département de Médecine, Université de Laval.

11) BEAUVOIR, Simone de; La vieillesse, Paris, Gallimard, 1970.

12) BELANGER, Lise; DARCHE, Thérèse, RAVINEL, Hubert De; GRENIER, Pierre; La violence et les personnes âgées. Les cahiers Associations Québécoise de Gérontologie, 1981.

13) BELLO, S; SALINAS, MJ; Evaluation of a program for secondary prevention of alcholism. Rev.Med.Chil.1978 Aug. 106 (8): 643-40.

14) BROWN, S. Bertram; Definition of mental health and diseace dans Comprehensive Texbook of Psychiatry II; A.Freedman, H. Kaplan, B. Sadock ed. 1975; chapitre 43.2.

15) BIRON, Pierre; Les médicaments chez les personnes âgées. Ecole de pharmacie, Université de Montréal, mai 1977.

16) BLOOM, B.L.; The evaluation of primary prevention program dans Comprehension Mental health. Roberts, L.M., Greenfield N.S., and Miller N.H. (eds.) Madison, University of Winconsin press., 1968.

17) BRITISH GERIATRICS SOCIETY; Memorandum on provision of geriatric services, march 1977.

18) BROCKLEHURST, J.C.; Geriatric care in advanced societies. Blackburn times press Ed. 1975 - 1 vol. - 160 p.

19) BROCKLEHURST, J.C.; HANLEY, T.; Geriatric medicine for students. Churchill livingstone Ed. 1976 - 1 vol. - 225 p.

20) CARETTE, Jean; Savoir vieillir, Éditions du Jour, Paris 1975.

21) CARETTE, Jean & collaborateurs; Vieillir c'est quoi? cours de 3 volumes, M.A.S. et Télé-Université, novembre 1977.

22) CASE FOR PREVENTION, the; dans The State of the art: a background paper on prevention. Ministry of community and social services, children service division. Gouvernement de l'Ontario, oct. 1979.

23) CENTRAIDE; Une politique d'intervention auprès des personnes âgées. Comité des services aux individus et à la famille, Montréal, février 1981 (révision) 8 pages.

24) C.L.S.C., Normandie; Mémoire concernant le document "Pour mieux vieillir au Québec", décembre 1980.

25) CENTRE DES SERVICES SOCIAUX DU MONTREAL-METROPOLITAIN; Mémoire sur le projet de politique du 3ième âge, présenté lors de la consultation organisé par le M.A.S., octobre 1980.

26) CHARBONNEAU, Roland, M.D.; KRIEGER, Monique, M.D.; Réflexions après une année passée dans trois centres de gériatrie européens. Fait à Genève le 20 juillet 1978. Travail référé au ministère des Affaires sociales en août 1978.

27) COETZEE, D.; Secondary prevention of depressive illness among the Eldery. A study of program effectiveness. S. Afr. Med. J. 1980 oct. 4; 58 (14): 571-4.

28) COFIRENTES; La sécurité financière des personnes âgées. Editeur officiel du Québec, 1977.

29) COMMISSION CANTONALE GENEVOISE; chargée d'étudier l'ensemble des problèmes relatifs à la vieillesse - rapport en septembre 1965.

30) CONI, Nocholas; DAVISON, William; Webster, Stephen; Lecture notes on geriatrics. Blackwell scientific publications Ed. 1977 - 1 vol. 332 p.

31) CONSEIL REGIONAL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX, région 03; Mémoire concernant une politique de vieillissement, présenté à la Commission régionale du troisième âge, janvier 1981.

32) CONSEIL REGIONAL DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX, Laurentides-Lanaudière; Etude des besoins des personnes âgées de la région Laurentides-Lanaudière. Janvier 1980.

33) DARCHE, Thérèse; Santé mentale des personnes âgées, projet d'information et d'animation, octobre 1981, Montréal, 5 pages.

34) DARCHE, Thérèse; Services institutionnels pour personnes âgées et politiques sociales, texte présenté dans le cadre d'un colloque à Hambourg, RFA. Juillet 1981, 4 pages.

35) DEPARTEMENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE L'HOPITAL SAINTE-CROIX; Mémoire présenté au ministère des Affaires sociales. Nov. 1980.

36) DESCHENES, Jean-Claude; Politique du ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes âgées - situation actuelle et perspectives. Allocution prononcée à l'occasion des journées de gérontologie-gériatrie, Montréal, octobre 1981, 13 pages.

37) DORE, Richard; Les conditions sociales des retraités au Québec. Comité de travail sur la santé mentale des personnes agées au Québec, Montréal, février 1981, 11 pages.

38) DULUDE, Louise; Vieillir au féminin, Conseil consultatif, situation de la femme, Ottawa, avril 1978.

39) EDUCATION COMMITEE GERIATRIC & MEDICAL SERVICES DOUGLAS HOSPITAL Verdun, Québec; Psychogeriatrics in family practive. Proceedings of the 6th annual clinical day, april 9, 1980.

40) EQUIPE PROGRAMME PERSONNES AGEES C.L.S.C. ARTHUR CAUX; Mieux vivre sa retraite en santé. Bibliothèque administrative. Gouvernement du Québec, 1980.

41) FEDERATION DE L'AGE D'OR DU QUEBEC, la; Mémoire présente au M.A.S. novembre 1980.

42) FRENEAU, M. (angers); Réflexions sur l'hygiène mentale des gens agés, en médecine et hygiène, no. -104, 29 mai 1974, Genève, 5 pages.

43) GAGNE, Cécile; Rapport comparatif des revenus chez les retraités, Québec, septembre 1981, 4 pages.

44) GAUTHIER, Bernard; La maladie cérébrale organique, Psychiatrie clinique: Approche contemporaine, Gaston Morin, ed. 1980, chapitre 13.

45) GAUTHIER, Bernard; Le patient confus, le Comité de travail sur la santé mentale des personnes agées au Québec, Montréal, février 1981, 36 pages.

46) GERMAIN, Denise; Les régimes modifiés en fibres, Montréal, 10 pages.

47) GOLDSTON, S.E.; DJERNAHN, R.H, Nelson, R.; Primary prevention and heath promotion dans The Public health challenge. Lieberman E.J., ed. Washington American public health association (1975)

48) GOLDSTON, S.E.; Defining primary prevention dans Primary prevention of psychopathology: the issues. Vol. 1, C.W. Albec et J.M. Jofee (eds.) 1977.

49) GRANDCHAMP, D.: En direct avec le service de soins infirmiers à domicile (SSID) de la Croix-Rouge genevoise. La Croix-Rouge en Suisse No. 3, 15 avril 1978.

50) GROUPE PROSPECTIVE PERSONNES AGEES; Vieillir demain. La documentation française, Paris, Mars 1980.

51) GUILLERMARD, Annde-Marie; La retraite, une mort sociale; sociologie des conduites en situation de retraite, Paris, MOuton 1973.

52) HERZL, P. SPIRO; Prevention in psychiatry: primary, secondary, and tertiary; dans Comprehensive texbook of psychiatry III. A Freidmann; H. Kaplan; B. Sadock (eds) 1980. Chapitre 45.

53) HUGONOT, R.; La prévention du quatrième âge. Psychologie médicale 1975-10

54) INFANTE-RIVARD, Claire, M.D.; KRIEGER, Monique, M.D., VEUILLEUX, Bertrand, B.A.; BORDELEAU, Fernande; L'utilisation des services de santé et de médicaments par des personnes âgées de Montréal qui reçoivent des soins de maintien à domicile, in CMA Journal, May 1, 1981, vol. 124, Montréal, pages 1168 à 1171.

55) INFORMATION PSYCHIATRIQUE; Psycho-gériatrie, in Information psychiaque, Volume 55, no. 6, Juin 1976, Paris, pages 605 à 736.

56) JUNOD, Jean-Pierre; Gerontology in Switzerland. International handbook of gerontology. A paraître

57) LABORATOIRE DE GERONTOLOGIE SOCIALE, UNIVERSITE LAVAL; Réaction au document du M.A.S., "Pour mieux vieillir au Québec". septembre 1980.

58) MARTIN, Eric; JUNOD, Jean-Pierre; Abrégé de gérontologie - Masson Ed. 1977, 1 vol. - 506 pages.

59) MESSIER, Guy; C.L.S.C. Normandie. Mémoire au Ministre Lazure, décembre 1980.

60) MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES; Les services à domicile, politiques du M.A.S. Direction des Communications, Québec novembre 1979, plaquette de 30 pages.

61) MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES; Tournée de consultation sur un projet de politique du 3ième âge, rapport préliminaire. Service des politiques aux adultes et personnes âgées, Québec, novembre 1980, 17 pages.

62) MONAHAN, RJ.; Secondary prevention of drug dependence through the transcendental meditation program in metropolitain Philadelphia. Int. J. Addict 1977; 12 (6): 729-54.

63) MONGEAU, S.; Vieillir à tue-tête, dans Revue Actualité, vol. 6, no.4. Avril 1981.

64) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE; Genève 1974; Planification et organisation des services de gériatrie, rapport d'un Comité d'experts de l'OMS.

65) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS); Problèmes de santé mentale relatifs à la senescence et aux personnes agées. Sixième rapport du Comité d'experts de la santé mentale. Organisation mondiale de la santé, Palais des Nations, Genève 1959. No.171., page 36, 5. Organisation des Services de santé mentale destinés aux vieillards.

66) PLAMONDON, Louis; Pour mieux vieillir au Québec. La population agée du Québec. Université de Montréal. Atelier de Promotion Collective, octobre 1980.

67) PLAMONDON, Gilles et Louis; Pour une problématique de la crise de retraite. Université de Montréal.

68) POTVIN, Jacques; Psycho-Gériatrie. Conférence - 8 mois au C.H.V. Barbois à Nancy avec le professeur G. Cuny.

69) PRESIDENT'S COMMISSION ON MENTAL HEALTH; dans Final Report. United State Government printing office. Washington, D.C.1978

70) RAVINEL, Hubert de; Vieillir au Québec, Montréal, La Presse - 1972.

71) REBOUL, Hélène; Vieillir: Projet pour vivre, essai psycho-sociologie, Lyon, Chalet 1973 et Conférence à l'Université Laval, octobre 1981.

72) REVUE PSYCHOLOGIE MEDICALE; La Géronto-psychiatrie, V ième congrès de l'Association méditerranéenne de psychiatrie, novembre 1978, tome 10, no. 11, SPEI Editeur, Paris.

73) SANTE ET BIEN ETRE SOCIAL; Unités de gériatrie dans les hôpitaux. Hôpitaux de jour pour personnes agées. Guide du ministère de la santé, direction des services de santé, Ottawa 1979, plaquette de 26 pages.

74) SCHLESINGER, Benjamin; La sexualité et le troisième âge. Université de Toronto.

75) SICOTTE, Claude; Service Evaluation-santé, Direction des Politiques de santé, Ministère des Affaires sociales, Sept.81

76) SIMARD, Daniel; La retraite. Montréal, Editions de l'homme, 1969.

77) UNIVERSITE DE MONTREAL: Guide pour l'évaluation psycho-sociale d'une personne âgée, Faculté de médecine, Montréal, octobre 1980, 12 pages.

78) WEINBERGER, A.; Profil de la prévention primaire, dans Santé mentale au Canada, décembre 1980, vol. 28, page 9.

79) WEITZ, Harry; La sécurité de la vieillesse. Comparaison internationale. Edition Conseil Economique du Canada.

80) WYNN, A.; WYNN, M.; Characteristics of cost effective, maternal child health record, dans Adresse présentée à la Canadian Association for young children conference. Winnipeg, Manitoba, 13 octobre 1978.

81) ZUSMAN, Jack, M.D.; Community psychiatry, ch. 43, pages 2332 à 2340.

8- ANNEXES

ANNEXE T

LISTE DES PERSONNES ET ORGANISMES CONTACTES PAR LE GROUPE DE TRAVAIL

D'ARCHE, Thérèse
Centre des Services Sociaux du Montréal métropolitain

LANGLOIS, Marcelle
Forum des citoyens âgés

LEMAY, Yvon
La Fédération de l'Age d'Or du Québec

DE MESTRAL, Claude
Association québécoise pour la défense des droits des retraités et des pré-retraités

PERRON, Suzelle
Forum des citoyens âgés

PLAMONDON, Gilles
Spécialiste de la préparation à la retraite
Université de Montréal

PLANTE, Huguette
CLSC - Centre Ville
Montréal

POTVIN, Jacques, M.D.
Gériatre
Sanatorium Bégin

SLATKOFF, William, M.D.
Forum des citoyens âgés

KENNEDEY, Robert, M.D. consultant,
Département of gériatric medecine,
Stobhill General hospital,
Glasgow, Scotland.

JUNOD, Jean-Pierre, M.D.
Médecin directeur,
Instutions de gériatrie ,
Genève, Suisse.

KUNTZMANN, Francis, M.D.
Professeur agrégé,
Service de médecine orientée
vers la gériatrie,
Strasbourg,
France.

ANNEXE II

PROJET DE COOPERATIVES OU MUTUELLES DE MAINTIEN A DOMICILE ET DE LOGEMENTS A ENCADREMENT MEDICO-SOCIAL.

Nous savons d'ores et déjà que la proportion des personnes agées ira en augmentant jusque vers les années 2030. Aujourd'hui, il y a sept personnes actives pour une personne retraité, alors qu'il n'y aura plus, dans cinquante ans, que trois personnes actives pour une personne retraitée. Nous devons conclure de ces projections qu'il n'y aura plus assez de personnes actives pour supporter le fardeau financier des retraités et de tout un système de maintien à domicile qui n'est encore qu'embryonnaire.

Quand les enfants du "Baby Boom" des années 50 et 60 atteindront la soixantaine et formeront une partie relativement importante de la population en 2010 et 2020, que pourra leur offrir l'Etat? Des pensions de vieillesse ridicules, des services de maintien à domicile anémiés, des services de réadaptation inexistants. Où l'Etat trouvera-t-il les fonds nécessaires pour assurer une vieillesse convenable à ces citoyens actifs d'aujourd'hui?

Il est de la responsabilité de l'Etat de ne pas jouer à l'autruche et à aviser objectivement la population de ce qui l'attend. Si l'Etat pense être capable de faire face à cette charge financière qui va aller en s'accroissant tant mieux, Toutefois, nombre de projections entreprises par les actuaires arrivent à la conclusion qu'il sera impossible à l'Etat de maintenir le niveau actuel des pensions de

vieillesse, ainsi que les services de maintien à domicile, les institutions de soins prolongés et tous les services connexes.

Il serait donc peut-être souhaitable que les citoyens actifs d'aujourd'hui investissent dans un système qui leur assurera une vieillesse convenable.

Pour ce qui est d'un système de maintien à domicile efficace, fiable et homogène d'une région à l'autre, cela demande des fonds importants. La population actuellement jeune pourrait investir dans un système de maintien à domicile qui lui profiterait plus tard et qui pourrait bénéficier aux personnes âgées d'aujourd'hui. Il s'agirait d'établir une infrastructure pour les décennies à venir. Cette population jeune sera probablement en accord avec cette idée si elle comprend bien les bénéfices qu'elle peut en tirer et aussi les risques qu'elle encoure si rien n'est mis en branle.

Un système coopératif à l'image des CAISSES POPULAIRES ou encore des MUTUELLES d'assurance vie pourrait s'avérer applicable à un tel projet.

Tout le secteur du maintien à domicile, des logements à encadrement médico-social et des petites unités de centre d'accueil pourraient être pris en charge par les individus et via le biais de coopératives ou de mutuelles. Il y aurait transfert graduel de cette charge financière, de l'Etat à ces nouvelles entités.
Tant qu'à mettre un tel système sur pied, il faudrait qu'il soit à l'avant garde et s'inspire de ce qui se fait de mieux dans le monde.

Il devrait privilégier au plus haut point le respect humain des individus, car il s'adressera à des personnes parmi les plus démunies de notre société, les personnes âgées en perte d'autonomie.

Projet de coopératives ou mutuelles de maintien à domicile et de logements à encadrement médico-social.

Il comporterait -

Des centres de maintien à domicile fonctionnant par quartier dans les agglomérations urbaines et par village ou groupe de villages dans les régions rurales.

Ces centres coordonneraient et géreraient:

1. service de transport (minibus)
2. service de téléphone 24hres/24 - 7jours/7
3. service d'aide ménagère
4. service de logement temporaire et de dépannage pour personnes âgées en perte d'autonomie
5. service médical et infirmier
6. service de repas à domicile
7. service de réadaptation-physiothérapie
8. des centres de jour
9. des appartements (studio à encadrement médico-social dans les quartiers.
10. de petites unités de 5-10 studios avec encadrement médico-social (mini-centre d'accueil pour personnes âgées très avancées dans la perte de leur autonomie, équivalents de A^3 A^4 dans les quartiers).

Les principes de bases sont:

1. Etant donné qu'environ 10% des gens âgés ont besoin de services de maintien à domicile et que les autres 90% ne font pas appel à ses services, on peut déduire qu'il y a donc 9 cotisants pour un bénéficiaire.

2. Les jeunes peuvent cotiser comme s'il s'agit d'une assurance, c'est-à-dire l'assurance d'avoir des services de maintien à domicile de qualité si un jour ils en ont besoin.

3. La possibilité de cotiser doit être accessible à tous. Les cotisations annuelles peuvent être graduées selon l'échelle des revenus.

4. Il est possible de cotiser pour le conjoint qui n'a pas de salaire en cumulant la déduction fiscale.

5. Les personnes âgées même après 60 ans continueraient de cotiser.

6. On peut inciter au travail bénévole dans le système en accordant une escompte sur les cotisations comme cela se fait dans les coopératives de consommation.

7. Les citoyens sont directement impliqués dans la gestion d'un système qu'ils auraient tout intérêt à maintenir à un niveau élevé d'efficacité, de fiabilité et de qualité.
   L'Etat peut ne garder qu'un rôle de surveillant de la qualité.

8. Le système fonctionnant au niveau de quartiers ou de villages donnerait une grande place à l'initiative et au dynamisme.

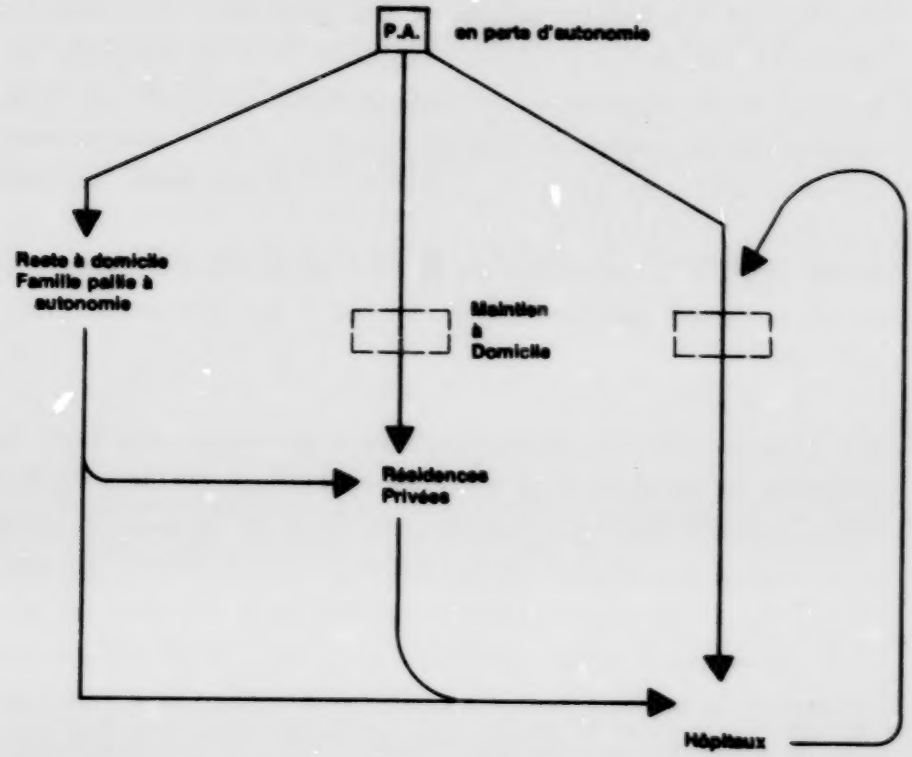
9. Un tel système de gérance de petites unités, tels des logements (studio) et des petites unités de 5-10 studios à encadrement médico-social, pourra s'adapter rapidement aux fluctuations de densité de la population, il s'agira alors de vendre ces logements et d'en racheter d'autres ailleurs. (Chose qui ne peut pas être fait avec des C.A., C.H.S.P., résidences de trop grandes capacités).
Comme exemple de variation de densité de population, mentionnons le dépeuplement du quartier centre sud à Montréal entre 1965 et 1975.

10. Une personne âgée en perte d'autonomie pourrait bénéficier des services de maintien à domicile là où elle décide de s'installer. Elle pourrait ainsi préférer habiter dans un logement à encadrement médico-social dans un quartier où demeurent ses enfants.
Il y aurait donc constitution d'un fond commun à tous ces centres pour permettre à chaque centre de faire face à ses obligations. Cependant, la majeure partie de ces fonds serait géré localement sur le modèle des Caisses populaires.

Les modalités techniques de mise sur pied d'un tel système dépassent largement les compétences de notre comité. Nous tenions, toutefois à lancer cette idée qui contient en elle-même nombres de possibilités prometteuses. Imparfaite, nous pensons qu'elle peut-être améliorée et qu'elle mériterait l'essai sous forme de projets pilotes dans quelques quartiers urbains et régions rurales.

FONCTIONNEMENT ACTUEL

— qu'arrivera-t-il si cela s'aggrave?

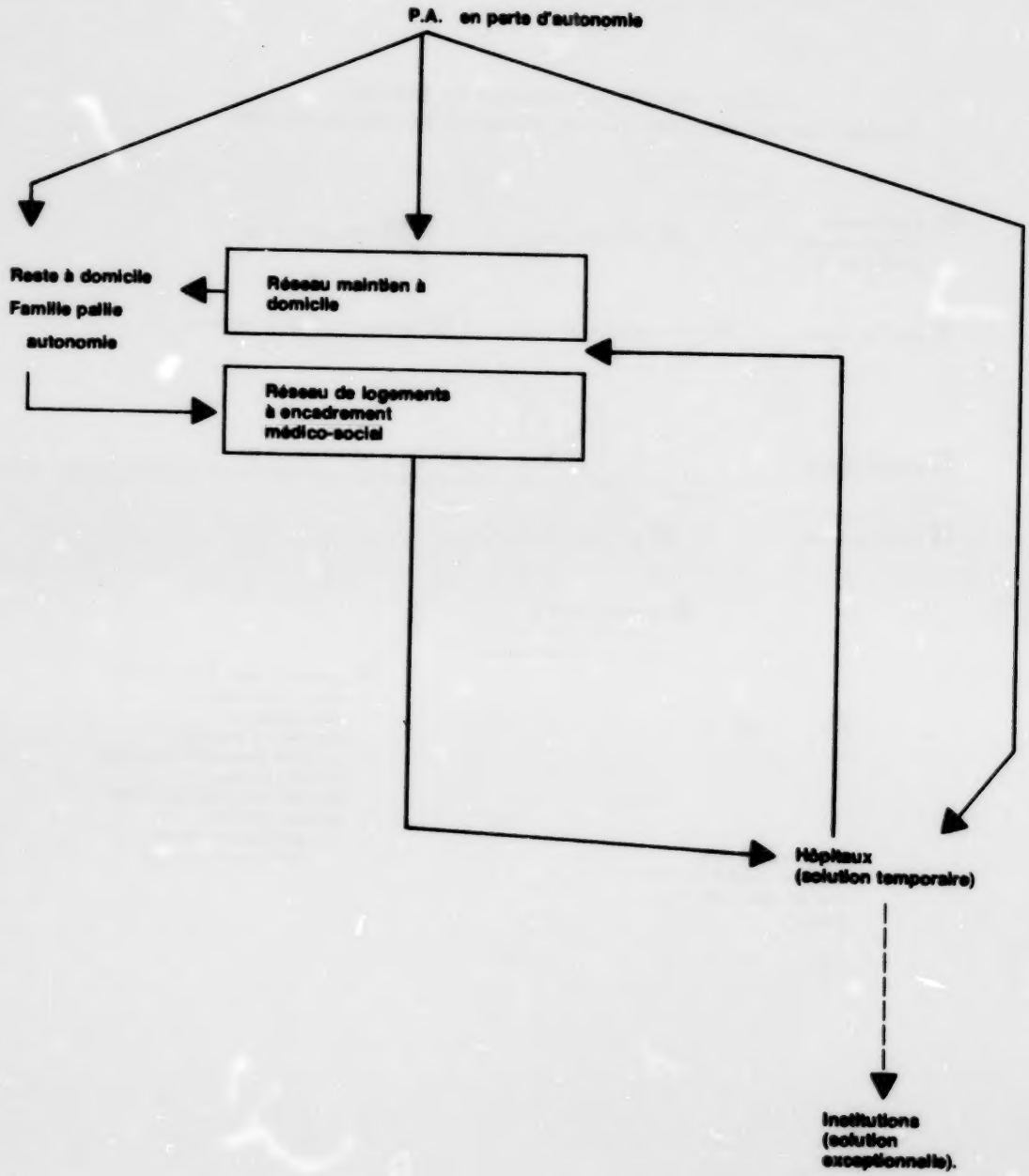


Le maintien à domicile ne joue qu'un rôle temporaire qui est rapidement débordé par le courant qui va vers la solution la plus sécurisante et définitive: les institutions.

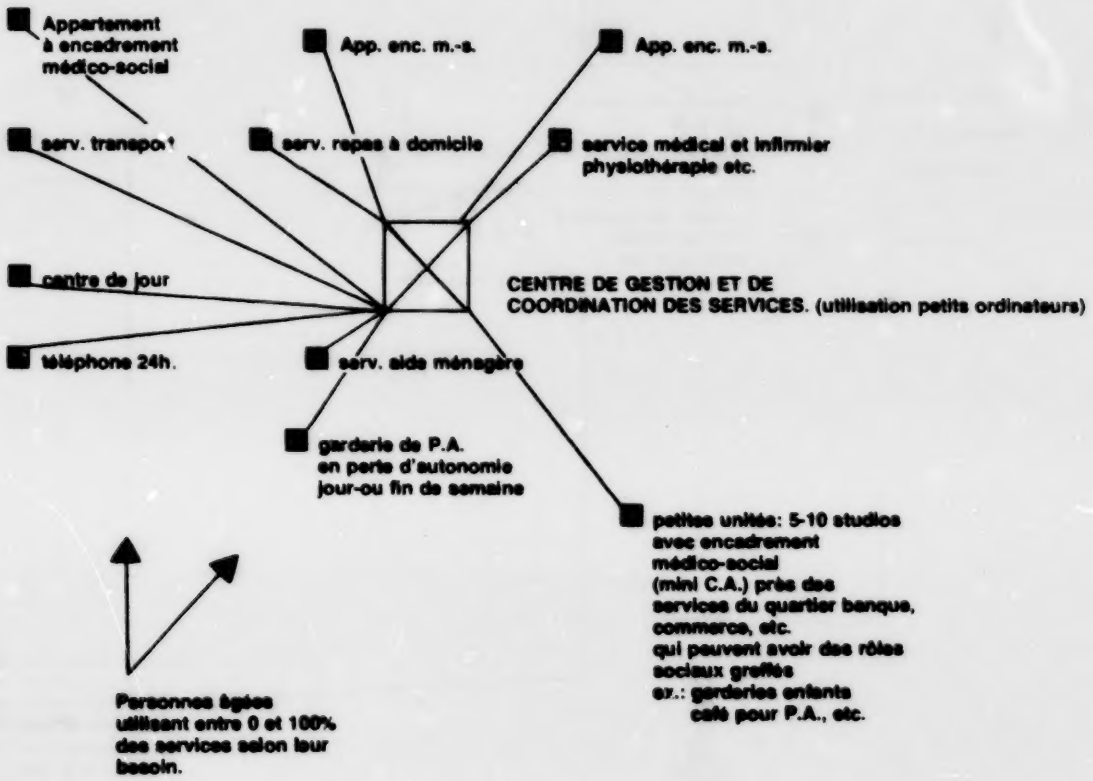
Zone encombrée et coûteuse

FONCTIONNEMENT SOUHAITABLE

— qu'arrivera-t-il si cela s'aggrave.



PROJET PILOTE: coopérative du quartier
Gestion des services par quartier, village ou groupe de villages.



POOR

QUALITY

ORIGINAL